

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

NATHALIE SIMARD

PERCEPTIONS COMPARÉES DE FAMILLES D'ADOLESCENTS

SUICIDAIRES ET NON SUICIDAIRES À L'ÉGARD DE

LA COMMUNICATION ET DU SOUTIEN PARENTAL

Octobre 1994

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Devant l'ampleur du nombre de suicides et de tentatives chez les jeunes de 15 à 24 ans, plusieurs travaux empiriques font ressortir des caractéristiques familiales apparemment impliquées dans l'étiologie des conduites suicidaires à l'adolescence. La présente recherche s'intéresse à deux de ces variables familiales, soit la communication et le soutien parental. Notre objectif spécifique est de comparer les perceptions d'adolescents suicidaires et non suicidaires, et de chacun de leurs parents, afin de mieux comprendre l'implication et l'influence de ces variables dans la dynamique familiale et la problématique suicidaire. L'hypothèse générale à l'étude est qu'il existe des différences significatives entre les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires à l'égard de la communication et du soutien parental, dimensions qui seraient perçues plus négativement par les familles d'adolescents suicidaires. Dans un but exploratoire, nous voulons vérifier si l'écart entre les perceptions des adolescents et de leurs parents diffère de façon significative dans les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires. Ensuite, nous voulons vérifier s'il existe une corrélation entre la communication et le soutien parental. Notre population expérimentale se compose de 50 adolescents suicidaires et de 48 adolescents non suicidaires issus d'une population de 441 adolescents de niveaux secondaires d'une école de Shawinigan. Les instruments de mesure utilisés sont le Suicide Probability

Scale (Cull et Gill, 1982), le Parental Bonding Instrument (Parker et al., 1979) et le Parent-Adolescent Communication Scale (Barnes et Olson, 1982). Les hypothèses se sont avérées confirmées en majeure partie. Les résultats indiquent que les adolescents suicidaires perçoivent plus négativement le soutien parental et la communication parents-adolescent que les adolescents non suicidaires. Les pères d'adolescents suicidaires se perçoivent plus surprotecteurs que les pères d'adolescents non suicidaires, mais ils ne se décrivent pas comme prodiguant moins de soins. Les mères d'adolescents suicidaires elles, se décrivent comme prodiguant moins de soins que les mères d'adolescents non suicidaires, mais elles ne se perçoivent pas plus surprotectrices. Enfin, les parents d'adolescents suicidaires perçoivent la communication parents-adolescent plus négativement que les parents d'adolescents non suicidaires. Les résultats aux questions exploratoires font ressortir des écarts plus grands de perceptions dans les familles d'adolescents suicidaires entre les adolescents et leurs parents pour le soutien parental, ainsi que pour l'ouverture dans la communication entre les pères et leurs adolescents. Par ailleurs, les résultats dénotent une corrélation entre le soutien parental et la communication parents-adolescent, que les répondants soient les adolescents ou les parents. Conséquemment, l'intervention auprès des familles d'adolescents suicidaires devrait mettre l'accent sur le développement du soutien parental à l'adolescent et des habiletés de communication familiale, surtout pour ce qui est des pères.

Table des matières

SOMMAIRE.....	ii
LISTE DES TABLEAUX	vi
REMERCIEMENTS.....	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1: CONTEXTE THÉORIQUE	5
LE VÉCU FAMILIAL ET LES PERCEPTIONS DE LA COMMUNICATION ET DU SOUTIEN PARENTAL CHEZ LES ADOLESCENTS SUICIDAIRES	
- Le suicide: ampleur du phénomène	7
- L'adolescence	11
- Les relations parents-adolescent	13
- Perceptions adolescents/parents à l'égard des relations familiales	19
- Le vécu familial de l'adolescent suicidaire	24
- Le soutien parental	27
- La communication parents-adolescent	34
- Hypothèses	41
- Questions exploratoires	42
- Définition des variables	43
CHAPITRE 2: MÉTHODOLOGIE	45
- Sujets	46
- Instruments de mesure	46
- Déroulement de l'expérience.....	51
- Formation de la population expérimentale	53

CHAPITRE 3: RÉSULTATS	59
- Méthodes d'analyse	60
- Présentation des résultats	61
CHAPITRE 4: DISCUSSION	77
CONCLUSION	93
RÉFÉRENCES	98
APPENDICES	108
- APPENDICE A: Lettre d'introduction et de consignes remise aux adolescents lors de la passation des instruments de mesure	109
- APPENDICE B: Formulaire "Renseignements personnels" remis aux adolescents lors de la passation des des instruments de mesure	111
- APPENDICE C: Lettre d'invitation aux parents à participer à notre recherche	113
- APPENDICE D: Adaptation pour les parents de l'échelle de Communication Parent-Adolescent (Barnes & Olson, 1982)	115

Liste des tableaux

Tableau

1	Description des caractéristiques des adolescents suicidaires et non suicidaires	57
2	Perceptions par les adolescents du soutien parental en regard des dimensions "soins" et "surprotection"	62
3	Perceptions par les adolescents de la communication en regard des dimensions "ouverture" et "problèmes-blocages"	63
4	Perceptions par les parents du soutien parental en regard des dimensions "soins" et "surprotection"	65
5	Perceptions par les parents de la communication en regard des dimensions "ouverture" et "problèmes-blocages"	67
6	Différences perceptuelles entre adolescents et parents en regard des dimensions "soins" et "surprotection" dans le soutien parental	69
7	Différences perceptuelles entre adolescents et parents en regard des dimensions "ouverture" et "problèmes-blocages" dans la communication.....	72
8	Corrélations entre les dimensions "soins" et "surprotection" de la variable soutien parental et les dimensions "ouverture" et "problèmes" de la variable communication (N = 98)	74

Remerciements

Nous voulons ici remercier et exprimer toute notre gratitude à Madame Jocelyne Pronovost Ph.D., professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui a accepté de diriger ce mémoire. Son soutien constant, ses encouragements et ses précieux conseils ont grandement contribué à l'accomplissement de ce projet.

De même, nous voulons exprimer notre reconnaissance à Monsieur Jacques Rousseau, professeur et membre de l'Équipe de Recherche en Intervention Psycho-éducative, pour le soutien financier octroyé lors de l'expérimentation de la présente recherche, ainsi qu'à Monsieur Germain Couture, professionnel de recherche, pour nous avoir assisté dans le traitement des analyses statistiques. Nous voulons aussi remercier le Service de Pédo-psychiatrie de l'Hôpital Régionale de la Mauricie pour l'aide financière octroyée dans le cadre de l'expérimentation et l'aide professionnelle donnée à certains des adolescents(es) suicidaires dépistés(es).

Introduction

Depuis les dernières décennies, le suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans est un phénomène qui prend des proportions inquiétantes. Au Québec, ces quinze dernières années, le taux de suicide a doublé chez les jeunes de 15 à 19 ans. Le suicide est responsable du décès d'un adolescent sur cinq et le nombre de tentatives de suicide ne cesse d'augmenter. L'ampleur du phénomène a donné lieu à un grand nombre de travaux empiriques portant sur le vécu et le processus suicidaire chez l'adolescent, de même que sur l'identification de facteurs psychologiques, cognitifs, comportementaux, interpersonnels et environnementaux pouvant être associés au suicide. De plus, des études à caractère épidémiologique ont été menées auprès de larges populations d'étudiants de niveaux secondaires, révélant que les problèmes familiaux sont rapportés plus fréquemment par les adolescents comme l'événement déclencheur de leurs idéations et comportements suicidaires.

Plusieurs études mettent en évidence la prédominance de certaines caractéristiques familiales dans l'étiologie des conduites suicidaires à l'adolescence. Ces variables se rattachent principalement à la dynamique familiale, à la qualité des relations parents-adolescents, à un vécu de séparation et de perte, au

climat familial et enfin, à la communication entre les membres de la famille.

La présente étude s'intéresse de façon plus spécifique à deux de ces variables familiales susceptibles d'éclairer et d'orienter l'intervention familial auprès des adolescents suicidaires et leurs familles, soit la communication et le soutien parental. Il s'agit de comparer et d'analyser les perceptions qu'ont les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires à l'égard de ces caractéristiques familiales, cela afin de faire ressortir les disparités et les similarités de ces types de familles et de distinguer les perceptions intrafamiliales, c'est-à-dire celles des adolescents et de leurs parents. Par le fait même, en plus d'évaluer l'influence de la communication et du soutien parental sur les conduites et idéations suicidaires des adolescents, cela nous permettra de donner la parole aux parents et de connaître leur propre vécu et perception en regard de la relation avec leur adolescent, ce qui n'a pas beaucoup été exploré dans les études antérieures.

Cette recherche s'insérant à l'intérieur de l'expérimentation d'un programme d'intervention auprès des familles d'adolescents suicidaires, notre objectif spécifique est d'acquérir de nouvelles connaissances sur le fonctionnement de ces familles afin de développer des outils et des méthodes d'interventions plus appropriés.

Ce mémoire se compose de quatre chapitres dont le premier présente quelques statistiques associées au suicide, de même qu'une recension de la littérature concernant l'adolescence, le vécu familial, ainsi que les perceptions du soutien parental et de la communication parents-adolescent chez l'adolescent suicidaire. Les hypothèses de recherche et les questions exploratoires de la présente étude y seront ensuite présentées, ainsi que la définition des variables. Dans un deuxième temps, le schéma expérimental sera décrit, c'est-à-dire le choix des sujets et des épreuves expérimentales, le déroulement de l'expérience et la procédure utilisée pour la sollicitation des sujets. La présentation et l'analyse des résultats feront l'objet du troisième chapitre. Suivra une discussion sur les principaux points d'intérêts qui ont surgi de cette analyse dans le quatrième chapitre et enfin, une brève conclusion dégagera les résultats auxquels nous sommes parvenus.

Chapitre premier

Le vécu familial et les perceptions de la communication et du soutien parental chez les adolescents suicidaires

Ces dernières années, différentes études et enquêtes épidémiologiques ont révélé l'ampleur des comportements et des idéations suicidaires chez les adolescents. Or, plusieurs auteurs attirent l'attention sur l'importance d'un certain nombre de caractéristiques familiales particulièrement déficitaires et qui semblent être associées à la présence de ces conduites suicidaires chez ces jeunes¹. La majorité des auteurs stipulent entre autre que les adolescents ont de la difficulté à chercher et à recevoir un soutien dans leur famille, en plus d'affirmer que les problèmes de communication parents-adolescents y sont fréquents.

Ce premier chapitre veut présenter un rappel des principaux écrits sur l'adolescent et sa famille, de même que sur l'importance de variables familiales comme la communication et le soutien parental dans la genèse de comportements suicidaires à cette période. La définition des variables et les hypothèses à l'étude suivront cette recension mais dans un premier temps, il s'avère nécessaire de bien cerner l'étendue du phénomène suicidaire à l'adolescence.

¹ J. Pronovost, J. Rousseau & G. Gagnon (1991). L'adolescent suicidaire et sa famille: problématique et intervention. Une recension des écrits. Document inédit. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

Le suicide: ampleur du phénomène

Sujet encore tabou même en 1994, le suicide n'a cessé de prendre de l'ampleur ces dernières années. En effet, alors qu'en 1950 le taux de suicide canadien se chiffrait à 7,8/100 000 habitants, en 1976, il atteignait 12,8/100 000 habitants et passait à 14,5/100 000 habitants en 1986. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, ces taux étaient de 10,7 en 1976 et de 12,5 en 1986. Au Québec, le taux de suicide par 100 000 habitants, qui se situait à 3,7 en 1950, est passé de 12,4 en 1976 à 17,6 en 1986, dépassant ainsi le taux canadien. Chez les 15-19 ans, le taux de suicide a doublé entre 1976 et 1986, passant de 7,1 à 15,4. (Sources: Bureau de la statistique du Québec, 1988; Bureau de la statistique du Canada, 1988).

Le Québec occupe le premier rang au Canada en ce qui concerne le taux de suicide. Selon les chiffres de l'Organisation mondiale de la santé, le Canada se classe au quatrième rang au monde. Chez les 15-24 ans, le suicide est la deuxième cause de mortalité après les accidents de la route.

En 1991, le suicide était responsable du décès de 615 jeunes canadiens entre 15 et 24 ans, soit 539 hommes et 76 femmes. Au Québec, le suicide chez ce groupe d'âge était en 1989 responsable de 23,1% des décès, soit 27,0% chez les hommes et 11,1% chez les femmes. En 1991, on estimait que

le décès d'un adolescent sur cinq était attribuable au suicide. Cette année là, 178 jeunes québécois de 15 à 24 ans se sont donnés la mort, soit 162 hommes et 16 femmes. En 1992, ce sont 204 jeunes qui se sont suicidés, c'est-à-dire 169 hommes et 35 femmes. (Sources: Bureau de la statistique du Québec, 1991, 1993, 1994; Bureau de la statistique du Canada, 1993, 1994).

En 1991, les coroners ont quant à eux recensé 956 suicides "officiels", c'est-à-dire déclarés. Six personnes se seraient donc enlevé la vie chaque jour. Les collisions frontales préméditées et tous les accidents suspects du genre n'étant pas considérés, ceci amène une sous-estimation du taux réel de suicides qui pourrait être alors beaucoup plus important. (Source: Le Nouvelliste, 22 mai 1993, p.1, Trois-Rivières). A cet effet, certains auteurs (Farberow, 1970; Haim, 1969: voir Morissette, 1984) évaluent cette sous-estimation du nombre de suicides réels entre 10 et 15%.

Pour ce qui est de la région de la Mauricie/Bois-Francs, les statistiques entre 1978 et 1988 révèlent que le taux de suicide n'a pas cessé d'augmenter. En 1978, ce taux était de 14,8 /100 000 habitants. Dix ans plus tard, ce taux est passé à 21,7/100 000 habitants: une hausse de 47%. Après le Saguenay/Lac-St-Jean et l'Estrie, cette hausse est la troisième plus importante au Québec au cours de cette période. Dans la région de Trois-Rivières, le taux de suicide en 1988 était de 20,6 /100 000 habitants alors que chez les 15-19

ans, il était légèrement plus élevé, soit 22,5/100 000 habitants. En 1991, sur les 16 régions administratives de la province, la Mauricie/Bois-Francs se retrouvait au cinquième rang quant au nombre de suicides: chez les 15-19 ans, 71 adolescents dont dix filles et 61 garçons ont mis fin à leurs jours. Ils sont surpassés par Montréal (201), la Montérégie (137), Québec (112) et Chaudière/Appalaches (76). (Source: Le Nouvelliste, 22 mai 1993, p.1, Trois-Rivières).

Or, ce triste bilan ne rend même pas compte de la réalité des tentatives de suicide et des idéations suicidaires qui sont en fait beaucoup plus nombreuses que les suicides réussis. Ainsi, Charron (1981) estime un ratio de quatre tentatives de suicide pour chaque suicide complété alors que Morissette (1984) l'estime à 10 pour chaque suicide complété. Pour leur part, Tousignant et al. (1984) rapportent que la particularité du phénomène suicidaire chez les jeunes est probablement le nombre plus élevé de tentatives de suicide par rapport au nombre de suicides réussis. Une démarcation s'établit toutefois entre les filles et les garçons. En effet, les garçons se suicident en plus grand nombre mais les filles réalisent plus de tentatives, proportion au moins du double (Pronovost et al., 1990) allant de 2.7 (Tousignant et al., 1988) à 3 pour 1 dans l'étude de Garfinkel et al. (1982).

Concernant les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, plusieurs études à caractère épidémiologique menées ces dernières années en ont révélé

l'ampleur. Tout d'abord, dans la région de Montréal, Tousignant et al. (1988) dénombrent 13,2% des jeunes de secondaires 3, 4, 5 comme ayant déjà eu des idéations suicidaires sérieuses alors que dans la région du Saguenay (Simon, 1990), ce taux est de 12,3%. Pour ce qui est de la région de la Mauricie (Pronovost et al., 1990), 15,4% des adolescents de secondaires 1 à 5 ont été dépistés comme présentant un potentiel suicidaire. De plus, ces mêmes auteurs ont dénombré respectivement 6,7%, 7,2% et 3,5%¹ de jeunes ayant fait une ou plusieurs tentative(s) de suicide. D'autre part, l'enquête Santé Québec (Emond et al., 1988) révèle chez les jeunes de 15 à 24 ans la plus forte prévalence d'idéations suicidaires au cours de l'année précédant l'étude et ce, chez 6,8% des hommes et 7,7% des femmes. Comparativement aux taux enregistrés pour les autres groupes d'âge, ces taux constituent près du double.

¹ En réévaluant leur population en fonction des critères d'évaluation du potentiel suicidaire utilisée par les autres auteurs, et en limitant leur échantillon aux élèves de niveaux secondaire 3, 4 et 5, Pronovost et al. (1990) obtiennent des taux de 13,4% d'idéatifs et de 4,2% de tentatives de suicide.

L'adolescence

L'adolescence est une période d'évolution. C'est un moment de vie auquel sont associés des changements physiques et hormonaux, ainsi que le développement de sa propre identité, sa personnalité, son jugement, sa compétence et au sens large du terme, sa sexualité. L'adolescence, selon Smetana et al. (1991), c'est aussi le moment de l'émergence de nouvelles habiletés socio-cognitives, l'intégration dans le réseau des pairs, l'expérimentation de nouveaux rôles, la transition scolaire et les changements dans les relations familiales.

Claes (1983) attire l'attention sur quatre grandes zones qui seraient liées au développement de l'adolescent et auxquelles sont rattachées des tâches développementales. La première zone est celle du développement pubertaire auquel deux tâches sont associées: 1) la nécessité de reconstruire l'image corporelle sexuée et d'assumer l'identité masculine ou féminine; 2) l'accession progressive à la sexualité génitale adulte. La deuxième zone réfère au développement cognitif. Deux gains caractérisent les modifications de ces capacités cognitives, soit l'augmentation des capacités d'abstraction et l'élargissement des perspectives temporelles. La troisième zone de développement concerne les modifications de la socialisation auxquelles se rattachent deux tâches

développementales: 1) l'affranchissement de la tutelle parentale; 2) le remplacement graduel du groupe de pairs comme agent de socialisation. Enfin, le développement de l'identité constitue la quatrième zone. Trois tâches y sont associées: 1) l'acquisition d'une continuité temporelle du moi; 2) l'affirmation d'un moi qui se démarque des images parentales intériorisées; 3) l'engagement dans des choix qui garantissent la cohérence du moi.

L'évolution de l'identité et de l'autonomie personnelle de l'adolescent demande à ce dernier de se différencier de ses parents et d'effectuer un dépassement social de sa famille (Claes, 1983; Cloutier, 1982; L'Ecuyer, 1978; Erikson, 1965). Selon Erikson (1965), la tâche principale à l'adolescence est d'établir une identité personnelle. Selon ce dernier, cette acquisition est possible seulement à travers une modification des relations de l'adolescent à sa famille, c'est-à-dire en s'individualisant au sein de celle-ci lors d'une phase de son développement appelée "séparation-individuation".

A ce sujet, L'Ecuyer (1978) stipule que l'adolescent tentera ainsi de s'affirmer et de se distinguer de ses parents en désirant une indépendance matérielle et en développant des traits de caractère autonomes, des façons de penser et de se comporter plus personnalisées. Par ailleurs, étant donné l'indétermination encore trop grande des rôles à cette période, L'Ecuyer précise que dans sa recherche de lui-même, l'adolescent devra temporairement mais forte-

ment s'identifier à des groupes de pairs pour contrebalancer la force des perceptions et des attentes de l'adulte à son égard.

Les relations parents-adolescents

D'après Noller et Callan (1991, p.1), "la qualité des relations familiales est cruciale en ce qui a trait à la compétence et la confiance avec lesquelles les adolescents feront face à cette transition majeure de l'enfance au monde adulte". Or, l'adolescence étant une période d'évolution ponctuée de hauts et de bas, de même que de périodes d'adaptation plus ou moins longues, les tâches développementales auxquelles font référence entre autres des auteurs comme Claes (1983), Erikson (1965) et Wilkins (1985) sont parfois difficiles à acquérir et donc source de tensions, autant pour les adolescents que pour ceux et celles qui en sont témoins. C'est que l'adolescence est un temps de réajustements mais aussi de paradoxes, c'est pourquoi certaines attitudes des adolescents sont parfois extrémistes, incompréhensibles ou sources de conflits. Une des tâches développementales de l'adolescence dont il est souvent fait mention, soit l'affranchissement de ses parents, est justement une tâche où les paradoxes sont fréquents, ce qui laisse incertain le développement de l'autonomie et de la maturité de l'adolescent.

Selon Wilkins (1985), l'adolescent étant pris entre son attachement aux

figures parentales de son enfance et le désir de se libérer de la tutelle familiale, la tâche développementale de s'affranchir de ses parents est donc remplie de contradictions mais du point de vue psychologique, elle est essentielle. Même que selon Wilkins (1985) et Erikson (1965), cette "séparation-individuation" est déterminante pour l'acquisition de l'identité personnelle et l'avenir de l'adolescent. Wilkins (1985) rajoute de plus que malgré qu'il soit source de tensions diverses, ce "processus de distanciation" se termine à la fin de l'adolescence par un rapprochement des individus mais cela, sur un mode relationnel nouveau.

Boukris et Donval (1990, p.122) quant à eux, soulignent qu'à l'âge des paradoxes, "la nécessité, pour l'adolescent, de se séparer de son contexte familial le pousse fréquemment à adopter des attitudes extrémistes afin de faciliter cette séparation". De même, ils attirent l'attention sur le fait que deux besoins contradictoires coexistent et se renforcent mutuellement chez celui-ci pendant l'adolescence, soit les besoins de séparation et de dépendance. Ainsi, malgré un désir pressant d'être complètement autonome, l'adolescent va en même temps éprouver le besoin de solliciter ses parents pour des choses anodines. Selon eux, un adolescent qui éprouve un intense besoin de dépendance démontrera un grand besoin de séparation, dont l'issue peut même être la rupture. A l'inverse, un adolescent qui n'éprouve pas ce besoin ne se sentira

pas obligé d'affirmer aussi fortement son désir de séparation. Donc, plus intense est le lien qui unit l'adolescent à ses parents, plus le travail de séparation sera important.

Dans le même ordre d'idées, Braconnier et Marcelli (1988) rapportent l'exemple du dialogue entre parents et adolescent. Dans certains cas, " l'adolescent désire être compris mais a fondamentalement besoin de rester incompris aux yeux de ses parents alors que parfois, il a besoin d'être incompris mais désire être compris" (p.49). Selon ces auteurs, cette "oscillation entre compréhension-incompréhension" est une des constantes du dialogue parents-adolescent. D'ailleurs, ils spécifient qu'au même moment où il veut être entendu et compris, l'adolescent a peur d'être "dévoilé et percé à jour", ce qui explique d'après eux son discours trop souvent incohérent. A travers ce dialogue parents-adolescent, ils affirment que deux besoins contradictoires se trouvent satisfaits: d'abord le besoin plus ou moins conscient du jeune de provoquer ses parents, de leur "rentre dedans", ensuite le besoin de continuer à dépendre d'eux et de maintenir le lien qui l'unit à ses parents.

A l'adolescence, l'exercice de certaines fonctions parentales est particulièrement importante. Ces fonctions réfèrent à l'encouragement à l'autonomie et à l'indépendance, soit le fait de donner progressivement plus de liberté, de latitude d'actions, de décisions et de responsabilités au jeune; le dialogue; la

disponibilité à donner de l'affection et du soutien (Boukris et Donval, 1990; Cordeiro, 1975; Noller et Callan, 1991).

Il est important pour l'adolescent de retrouver chez lui un ou des parents disponibles à l'écouter et à communiquer avec lui. La qualité de cette présence des parents serait déterminante pour son équilibre. De nos jours, dans la plupart des familles, la mère travaille à l'extérieur de la maison et cela, autant que le père. Considérant cet état de fait, Farid (1988) pense que si l'un des parents est trop préoccupé ou encore trop absorbé par son travail, l'autre parent se doit d'apporter l'attention et l'affection de remplacement. Il attire l'attention sur le fait que sans s'en apercevoir, on impose trop souvent un sentiment d'abandon ou de désintérêt à l'adolescent. L'idéal selon lui, serait que chacun des parents trouve au moins une heure ou deux par jour afin d'être avec son enfant et ce, par une présence aussi bien chaleureuse que détendue.

Wilkins (1985), quant à elle, insiste sur la nécessité d'être présent auprès de l'adolescent, de le respecter et de lui démontrer de l'attachement mais cela, sans le posséder, le contrôler ou le dominer.

Braconnier et Marcelli (1988) affirment que les parents ont deux rôles éducatifs spécifiques à remplir pendant l'adolescence. D'une part, les parents doivent "prendre les coups et y survivre". Ainsi, les parents doivent accepter

d'être la cible de l'agressivité éprouvée par la plupart des adolescents, puisqu'ils y sont exposés les premiers. Cependant, ils doivent résister à cette agressivité en ce sens qu'ils ne doivent pas être détruits ou déprimés par celle-ci au point de se dérober et de renoncer à leurs fonctions parentales. Ils doivent garder leurs capacités de comprendre, d'être ému, de s'intéresser et de se soucier de leur enfant, voire de faire acte d'autorité si nécessaire. D'autre part, étant donné la vulnérabilité de l'adolescent, qui n'est pas parfaitement conscient de ses propres limites, les parents doivent, selon eux, "protéger et contenir". Leur rôle est donc de voir à l'environnement dans lequel évolue leur jeune, cela afin de lui épargner le plus possible d'y connaître des expériences nuisibles. "Les parents, et surtout la mère, restent le refuge privilégié, en particulier au début de l'adolescence. L'absence d'un tel refuge peut pousser l'adolescent à des attitudes de désespoir et à des sentiments de perte irrémédiable", c'est pourquoi selon ces auteurs, "en même temps qu'il exprime son sentiment d'auto-suffisance, l'adolescent a besoin de la permanence de ce refuge" (1988, p.55). Enfin, ils précisent que dans tous les cas, l'élément privilégié de la relation parents-adolescent est le dialogue.

Pour Ladame (1981), l'adolescent doit acquérir l'indépendance et l'autonomie tout en gardant un sentiment d'affiliation. Ainsi, le jeune a besoin de ses parents pour le soutenir dans l'expérimentation de nouveaux comportements

et de nouveaux rôles. Les parents conservent donc leur rôle de base de sécurité. Par conséquent, l'auteur précise qu'ils doivent guider leur adolescent et continuer de lui procurer le contrôle et le soutien nécessaire, cela tout en lui laissant suffisamment d'autonomie.

En général, les adolescents comprennent la nécessité d'une discipline, ils partagent avec leurs parents des valeurs communes et ils ont des relations harmonieuses avec leurs familles (Rutter et al., 1976). Cependant, selon ce que rapporte la littérature, l'adolescence est souvent empreinte de tensions intra-familiales. D'ailleurs, des études ont même mentionné que l'adolescence est la période du cycle de vie familiale la plus stressante pour les parents (Offer, 1969; Olson et al., 1983). Ainsi, quand on compare les parents d'adolescents à des parents d'autres groupes d'âges, ce sont ceux qui rapportent les plus bas niveaux de satisfaction de vie (Hoffman et Manis, 1978) et les plus hauts niveaux de détresse (Pearlin et Lieberman, 1979).

D'autres travaux font mention de ce qu'ont révélé des adolescents au sujet de leurs relations familiales (Claes, 1983; Smetana et al., 1991). Ces enquêtes indiquent que pour la majorité des adolescents, les difficultés avec leurs parents sont existantes mais les conflits ouverts sont peu fréquents, du moins mineurs. Selon ces auteurs, contrairement à ce qui est souvent véhiculé, l'adolescence n'est pas nécessairement une période conflictuelle et tumultueuse mal-

gré que des désagréments et tensions émotionnelles y soient courants. Les désaccords entre parents et adolescents apparaissent être "un aspect normal et adaptatif" de cette période de transition. Par contre, ils précisent que la forme et la teneur de ces différends varient selon les familles.

Perceptions adolescents/parents à l'égard des relations familiales

Certains auteurs mettent l'accent sur les différences révélées lors de recherches concernant les perceptions d'adolescents(es) à l'égard de leurs relations avec leurs pères ou leurs mères. Ainsi, les observations de Hill et al. (1985a; 1985b) démontrent que l'augmentation des conflits à l'adolescence est beaucoup plus perceptible dans la relation mère-adolescent que dans la relation père-adolescent. Pour leur part, dans une étude menée auprès de 1085 adolescents(es) américains, Peterson et Zill (1986) ont observé que 68 % de ceux-ci se disent satisfaits de la relation avec leur mère et 61% de celle avec leur père. Selon ce qu'affirme Claes (1983), alors que l'image du père a toujours été vue jusqu'ici comme autoritaire, source de conflits et de ruptures affectives à l'adolescence, de nos jours le rôle du père est de plus en plus près de celui de la mère et il favorise le rapprochement, la compréhension et l'affection.

Zazzo (1972) rapporte quant à elle que les adolescents(es) ont une meilleure entente avec leur mère qu'avec leur père mais que leurs rapports avec

ces derniers s'améliorent avec les années. A ce sujet, les travaux de Youniss et Smollar (1985) ont quant à eux révélés que les relations pères-filles sont plus contraignantes et détachées que les relations pères-fils. Cette distance relationnelle semble commencer à diminuer vers la fin de l'adolescence puisque les adolescentes de 18 ans ont déclaré parler beaucoup plus avec leurs pères et sentir les interactions avec ceux-ci plus personnalisées que lorsqu'elles avaient 15 ans. Les résultats de leurs recherches indiquent de plus que les filles se perçoivent distantes (64%), inconfortables (65%) et insensibles (44%) dans leurs relations avec leurs pères et que plus souvent que les garçons, elles se perçoivent comme étant malhonnêtes (33% filles; 21% garçons) avec eux. Des différences entre fils et filles ont aussi été trouvées dans la description de la qualité de leur communication. Ainsi, les filles plus que les fils vont identifier leur père comme étant une personne qui n'admet pas de leur part les doutes et les craintes (58% filles; 34% garçons) et qui ne leur parle pas ouvertement (56% filles; 31% garçons).

Selon ces mêmes auteurs, la perception des adolescents(es) ne concerne pas qu'une seule et particulière relation avec leurs parents mais bien deux relations différenciées, soit une avec le père et l'autre avec la mère. C'est que pour ces jeunes, la famille est un système dans lequel il y a deux parents différents dont les fonctions sont complémentaires. Or, ils précisent qu'en général,

les adolescents perçoivent leur père comme lorsqu'ils étaient enfants et comme étant la personne qui sait le mieux comment ils doivent agir. Les pères quant à eux, percevraient la conformité de leurs enfants comme un signe qu'ils ont bien appris à se conduire et qu'ils ont acquis une bonne compréhension des normes et standards qui leur serviront à s'intégrer socialement. Les mères elles, à l'opposé des pères, maintiendraient un contact régulier avec leurs fils ou leurs filles et ce contact ne serait pas principalement orienté vers leur futur. D'ailleurs, elles se préoccuperaient davantage de leurs désirs et intérêts et ce, indépendamment de ce qu'ils auraient la possibilité de devenir.

Les résultats des travaux de Parker et al. (1979) ont pour leur part démontré que les mères sont perçues comme plus supportantes ou "soignantes" que les pères, et plus surprotectrices aussi. Cependant, les résultats ont révélé que le sexe des répondants n'a pas influencé la capacité des parents de "prendre soin" ou d'être "surprotecteurs".

L'insatisfaction d'adolescents "normaux" et leurs difficultés à communiquer avec leurs parents, et cela davantage avec leurs pères, ont été rapportés dans certaines études (Barnes et Olson, 1985; Cloutier et Groleau, 1988). Pour Cloutier et Groleau (1988), c'est d'abord la qualité de la communication établie entre l'adolescent(e) et son père ou sa mère qui lui rend cette relation satisfaisante et non pas l'autonomie qu'ils lui accordent. Dans leur étude

portant sur la communication chez 618 adolescents et leurs parents, les résultats ont démontré que les jeunes sont plus satisfaits de la communication avec leur mère (81%) qu'avec leur père (70%) et qu'il existe une forte relation entre la satisfaction avec un parent et celle qui existe avec l'autre parent ($r = 0.77$)³. De plus, 89% des mères et 95% des pères se sont dits satisfaits de la communication qui a cours dans la prise de décision. Au contraire des adolescents, chacun des parents, et surtout les pères, ont rapporté de façon significative être plus satisfaits de la communication parent-adolescent.

De même, dans l'étude de Barnes et Olson (1985) auprès de 426 familles normales, les parents ont rapporté significativement plus d'ouverture et très peu de problèmes de communication avec leurs enfants alors que ces derniers ont évalué voir leur communication de façon plus négative que leurs parents. Cependant, les auteurs ont remarqué que lorsque les adolescents perçoivent la communication avec leurs parents comme étant ouverte et efficace, ils ont une plus grande satisfaction de vie familiale que ceux qui la perçoivent comme étant pauvre. Leurs résultats ont de plus révélé qu'une bonne communication est en corrélation avec le fait que les adolescents perçoivent leur famille comme étant capable de traverser des crises de façon adaptée et cela, sans porter préjudices à leur proximité émotionnelle et relationnelle. Enfin, aucune différence entre adolescents et adolescentes n'a été trouvée dans leurs percep-

tions de la communication avec leurs pères ou leurs mères. Il n'existe également pas de différence dans la façon dont ces pères ou ces mères perçoivent leur communication avec leurs fils ou leurs filles.

Selon Noller et Callan (1991), les adolescents(es) voient la communication dans la famille plus négativement que leurs parents et ils ont souvent tendance à donner un avis plus négatif que leur parents à l'égard de leurs familles. Ceci a aussi été remarqué par d'autres auteurs (Barnes et Olson, 1985; Niemi, 1968: cité dans Noller et Callan, 1991). Ces différences de perceptions ou d'estimations entre parents et adolescents sont d'après eux le résultat de deux biais, soit le besoin des parents de présenter leur famille sous un jour favorable et le besoin de l'adolescent de développer une identité séparée et de se distancer de ses parents et sa famille (Noller et Callan, 1986). L'opinion de Cloutier et Groleau (1988) à propos de ces différences perceptuelles est toute autre:

La satisfaction très élevée des mères et encore plus des pères pourrait signifier une certaine insensibilité parentale aux frictions ressenties par les jeunes. Cette perception parentale à l'effet que "tout va bien" dans la communication avec le jeune ne va pas dans le sens d'une remise en question relationnelle; au contraire, elle apparaît être un appui au "statu quo" (p. 66).

Si l'on se rapporte à leurs différentes observations, Cloutier et Groleau (1987, 1988) déclarent que c'est le respect de l'opinion du jeune et la recher-

che honnête de solution avec le parent qui garantissent la santé mentale de l'adolescent(e) dans sa famille: la coupure dans la communication serait reliée à l'inadaptation. Dans le même sens, Barnes et Olson (1985) parlent d'un niveau de cohésion, d'adaptabilité et de satisfaction plus élevé pour les familles qui ont une bonne communication.

Le vécu familial de l'adolescent suicidaire

"Avoir des idées de suicide fait partie de l'imaginaire normal à l'adolescence. Avoir le désir d'aboutir vraiment au suicide, c'est entrer dans la pathologie. La frontière entre les deux est fragile" (Boukris et Donval, 1990, p.176). C'est à l'adolescence qu'il y a le plus de vécu suicidaire (Boukris et Donval, 1990; Miller, 1975). Le suicide peut être vu d'une part comme un moyen d'expression ou un appel à l'aide à l'entourage dont le but n'est pas la mort, mais une prise en charge morale par un confident (Farid, 1988). D'autre part, il peut être un désir conscient de se donner la mort afin de fuir une situation désagréable (conflit avec un parent, déception amoureuse, échec scolaire, etc.) et plus profondément, il peut être la traduction d'idées morbides, d'une dépression. Cependant, il peut aussi être vu comme le signe d'un vif besoin de l'adolescent de maîtriser son corps et d'avoir une toute puissance sur sa destinée (Braconnier et Marcelli, 1988).

De nombreuses études épidémiologiques ont été menées chez des populations adolescentes afin de mieux cerner les facteurs qui pourraient favoriser les idéations suicidaires et le passage à l'acte chez ces derniers. Ces études ont répertorié des facteurs psychologiques (dépression, colère) et des facteurs cognitifs (déficits dans la capacité à résoudre des problèmes, tendances impulsives et distorsions cognitives). Des facteurs comportementaux (mauvais pattern de communication, comportements inadaptés ou déficients en regard des stratégies de résolution de problèmes ou conflits familiaux) ont aussi été cernés. Enfin, des facteurs interpersonnels (isolement social, relations pauvres et inadéquates avec les autres), de même que des facteurs environnementaux (événements stressants de la vie, famille, effet de contagion) ont été répertoriés (Spirito et al., 1989).

Le fonctionnement familial, entre autres, a été une des variables les plus investiguées. Subséquemment, l'influence du cadre familial et la présence de divers problèmes familiaux ont été mentionnés par la plupart des auteurs comme pouvant amener l'adolescent à des idéations et conduites suicidaires. Par exemple, dans certaines études (Pronovost et al., 1990; Tishler et al., 1981), des adolescents ont cité les problèmes avec leurs parents comme raison principale à leurs tentatives de suicide. D'autres auteurs ont rapporté comme caractéristique familiale une fréquence élevée de familles où soit l'un des

parents est absent (Garfinkel et Golombek, 1983; Teicher, 1979), soit qu'elles sont dissociées par la séparation (Farid, 1988; Garfinkel et Golombek, 1983; Tousignant et al., 1984). Chez d'autres adolescents suicidaires, l'environnement familial est perturbé, instable et chaotique, ou il manque de structure et cela, indépendamment de l'expérience d'une séparation (Adam et al., 1982; Chabrol, 1984; Cloutier, 1982; Davidson et Choquet, 1981; Farid, 1988; Tishler et al., 1981).

Dans d'autres familles de jeunes suicidaires, il y a la présence de nombreux conflits familiaux (Corder et al., 1974; Davidson et Choquet, 1981; Farid, 1988; Garfinkel, 1986; McKenry et al., 1980, 1982; Morval, 1988; Petzel et Riddle, 1981; Spirito et al., 1989; Teicher, 1970, 1975; Wenz, 1979; Wright et al., 1984. Des exigences parentales trop sévères (Corbeil, 1984; Corder et al., 1974; Jacobs, 1971), des attitudes éducatives opposées, incohérentes, des attentes et un contrôle parental soit très élevés ou au contraire très bas (Corbeil, 1984; Farid, 1988; McIntire et al., 1977) ont aussi été rapportés comme étant des caractéristiques familiales se retrouvant chez les adolescents suicidaires. De même, on retrouve un soutien inadéquat (Chabrol, 1984; Tyerman et Humphrey, 1983) et l'absence ou un faible niveau de communication réelle et de liens émotionnels véritables avec leur famille (Chabrol, 1984; Farid, 1988; Teicher, 1970, 1975; Wenz, 1979).

Nombre d'auteurs ont décrit la qualité de la relation entre parents et adolescents suicidaires. Malgré certaines marques d'affection ou de rapprochement, il semble que ce soit une relation empreinte de distance, de désaccords et de manques affectifs et relationnels divers. Ce qui ressort, en particulier, de ces différentes études, est que la relation parents-adolescent comporte des carences au niveau du soutien parental et de la communication (Chabrol, 1984; Corbeil, 1984; Davidson et Choquet, 1981; Farid, 1988; Garfinkel et Golombek, 1983; Gecas et Schwalbe, 1986).

Le soutien parental

Dans la relation parents-adolescents, Cloutier et Groleau (1987) distinguent deux axes: d'abord l'axe chaleur-hostilité, pouvant être désigné comme étant la dimension d'attachement, ensuite l'axe sérénité-permissivité, qui lui, peut être vu comme la dimension de contrôle parental. Cette réalité relationnelle est désignée par Parker (1979) par le concept de lien (attachement) ou de soutien parental, concept qui couvre différents aspects tels la qualité des soins, l'attention et l'intérêt portés à l'enfant, la surprotection et la négligence.

Pour Chabrol (1984), l'impossibilité, pour l'adolescent, de communiquer ses sentiments aux personnes qui sont importantes pour lui favorise le suicide.

Dans l'étude de Pronovost et al. (1990), les adolescents suicidaires dépistés ont significativement identifié moins souvent leurs parents ou un autre membre de la famille (fratrie, parent éloigné) comme confident, comparativement aux adolescents non suicidaires. De plus, ces jeunes ont rapporté plus souvent avoir eu envie de confier leurs idéations suicidaires à quelqu'un, sans trouver personne pour les écouter.

Concernant cet aspect "confidences" de la relation parents-adolescent, Duvall (1967) souligne que plus les adolescents de son étude attribuaient la responsabilité de tous leurs problèmes à leurs pères ou leurs mères, plus ils disaient avoir de la difficulté à se confier à leurs parents, ce qui peut apporter une précision non négligeable au fait que ces adolescents ne cherchent pas d'emblée réconfort auprès de leurs parents. Les perceptions qu'ont les adolescents suicidaires du soutien et des attitudes de leurs parents à leur égard ont fait l'objet de plusieurs études. Il est ressorti de ces travaux que les mères sont vues comme étant froides, rejetantes, sévères et immatures par bon nombre d'adolescents, mais non négligentes en ce qui a trait aux besoins physiques essentiels de leurs enfants. Quant aux pères, ils sont décrits comme étant physiquement et émotionnellement absent de la vie familiale et leurs relations avec leurs adolescents sont vues comme distantes et dépourvues d'affectivité (Brooksbank, 1985; Sabbath, 1969; Stephens, 1987; Tousignant et al., 1993;

Wright, 1985; Wright et al., 1984). Pour Pelsser (1989), l'attitude des parents envers leurs adolescents suicidaires est négative, rejetante et sévère, et il ajoute qu'ils n'ont aucune implication émotive auprès de leurs enfants.

Selon Asarnow et Carlson (1988), Petzel et Riddle (1981), Sabbath (1969), Wright (1985) ainsi que Wright et al. (1984), dans les familles d'adolescents suicidaires, le soutien parental est pauvre ou inexistant. D'après Ladame (1981), les parents de ces adolescents ne démontrent aucune capacité à être empathiques. De plus, leur incapacité à soutenir l'adolescent se manifeste selon lui à travers la "défaillance du parent de même sexe" qui, pour quelques raisons, est non disponible. Il précise par contre que très souvent l'autre parent vit lui aussi des difficultés. Cela étant, l'adolescent(e) sera dans l'impossibilité ou n'aura tout simplement pas envie d'aller vers celui-ci pour chercher le soutien désiré. De toute façon, il s'exposerait selon lui à des réponses inadéquates de la part de ce parent.

La qualité des relations et des soins parentaux apparaît être en relation avec le bien-être des adolescents et semble un facteur clé dans la compréhension de leurs conduites suicidaires. C'est d'ailleurs ce que semble indiquer les études de Tousignant et al. (1988, 1990) portant sur 2327 adolescents montréalais de niveaux secondaire 3, 4 et 5. En effet, ils ont vérifié que les tentatives et idéations suicidaires sérieuses chez les adolescents sont en relation

avec la qualité perçue de la relation avec leurs parents ou adultes responsables. Leurs résultats rapportent de plus des scores de négligence parentale plus élevés chez les adolescents suicidaires que chez les adolescents non suicidaires. Par ailleurs, ils font état de plus mauvaises relations avec les pères qu'avec les mères et cela, beaucoup plus chez les filles que chez les garçons. Cette différence serait surtout prononcée si les parents sont séparés, les filles étant relativement plus affectées dans leur relation avec leur père lorsqu'il y a séparation. Cependant, celles-ci évaluent plus négativement leur rapport avec leurs mères au niveau de l'échelle de négligence même si les scores de carence d'attention avec le père sont beaucoup plus élevés que ceux de la mère, chez les adolescentes comme chez les adolescents.

Par ailleurs, une des dernières recherches de Tousignant et al., (1993) indique que la relation négative du père avec les enfants joue un rôle très important dans les comportements suicidaires des adolescents et que cette influence durerait jusqu'à ce qu'ils soient de jeunes adultes. Ainsi, les soins du père auraient des effets plus grands et plus durables que ceux de la mère en ce qui a trait aux changements de valeurs. De plus, si la relation avec le père est déjà mauvaise, la séparation de la famille ne jouerait pas un grand rôle dans la relation des adolescents avec leurs parents.

D'autres travaux mettent également l'accent sur la vision négative qu'entre-

tiennent les adolescents suicidaires à l'égard des attitudes parentales. C'est le cas des travaux de Davidson et Philippe (1986) où 37% des sujets suicidaires de leur étude ont exprimé avoir plusieurs griefs contre leurs parents, par rapport à 14% des jeunes du groupe témoin. Leurs griefs? Leurs parents ne les comprennent pas, ils sont hostiles ou indifférents envers eux et ils s'intéressent soit trop peu ou beaucoup trop à ce qu'ils font. À ce sujet, les adolescents suicidaires de l'étude de McKenry et al. (1982) ont pour leur part rapporté que leurs mères s'intéressaient significativement moins à eux que les adolescents non suicidaires mais il n'y a pas eu de différence concernant l'intérêt des pères. Ils ont aussi estimé passer moins de "bon temps" avec leurs parents que les adolescents non suicidaires, ce que les parents confirment dans les deux groupes respectifs.

Dans une étude de Miller et al. (1992), l'absence de chaleur, d'empathie et de relation parentale supportante a significativement distingué les adolescents suicidaires des non suicidaires "normaux", en plus de voir estimé plus grande la surprotection paternelle chez les adolescents suicidaires. Toutefois, cette absence de chaleur et de support parental s'est avérée ne pas être spécifiquement apparentée aux adolescents suicidaires. En effet, dans cette même étude, des adolescents présentant des problèmes psychiatriques, mais non suicidaires, ont eux aussi été différenciés des adolescents non suicidaires

"normaux" sur la base de cette variable, de même qu'en ce qui concerne la surprotection paternelle, estimée plus grande chez ceux-ci. Dans une étude du même genre, Stansbury (1985) a elle aussi comparé des adolescents suicidaires à des adolescents non suicidaires "sans problèmes", de même qu'à des adolescents non suicidaires présentant divers troubles émotionnels. Ses résultats indiquent que les adolescents suicidaires, ainsi que ceux qui présentent des troubles émotionnels, estiment qu'il y a moins de cohésion émotionnelle (support, soins, intérêt, affectivité) dans leur famille que les adolescents non suicidaires "sans problèmes".

Un certain nombre d'études ont démontré que le soutien parental est en relation avec l'estime de soi chez l'adolescent (Buri et al., 1987; Gecas et Schwalbe, 1986; McIntire et Angle, 1973). En effet, si les principaux messages provenant des parents sont supportants et que leurs attentes et leurs attitudes éducatives sont adéquates et non incohérentes, exagérées ou coercitives, l'adolescent développera une bonne estime de lui-même. Par conséquent, il aura confiance en lui, il se sentira compétent et capable de prendre des décisions. Au contraire, si le contrôle parental est excessif, que les conduites d'indépendance ne sont pas encouragées mais plutôt réprimées, ou encore s'il y a une absence de contrôle ou que les attentes à l'égard de l'adolescent sont nulles ou trop élevées, il peut y avoir une perte de l'estime de soi. C'est

ce qui va favoriser chez l'adolescent le développement de tendances dépressives ou de comportements suicidaires.

Or, Brooksbank (1985), Topol et Reznikoff (1982) mentionnent que dans les familles d'adolescents suicidaires, les parents prennent justement trop de décisions à la place de l'adolescent, ce qui lui laisse peu de contrôle sur son environnement. Topol et Reznikoff (1982) ajoutent que ces familles sont non disponibles, rejetantes ou surprotectrices envers l'adolescent, alors que Davidson et Choquet (1981) y constatent des attitudes éducatives extrêmes et opposées, c'est-à-dire allant du contrôle excessif à l'indifférence parentale. Northcutt(1988), pour sa part, précise que l'expression d'hostilité et le manque de confiance dont font preuve les parents ont pour conséquence d'engendrer chez l'adolescent un sentiment de distance avec le reste de sa famille ce qui le rend incapable d'aller chercher du soutien auprès d'eux.

Les interrogations et les tentatives pour mettre les attitudes parentales en relation avec les conduites suicidaires à l'adolescence ont donné lieu à des constatations, hypothèses et points de vue différents de la part des chercheurs. Rosenbaum et Richman (1970) ont évoqué l'agression directe ou encore le rejet comme un des comportements agressifs des parents envers leurs adolescents suicidaires. Margolin et Teicher (1968) quant à eux parlent d'ambivalence prononcée. Yusin et al.(1972) ont insisté sur l'indifférence ou le

deni des parents face aux problèmes de leur adolescent. Peck (1981) lui, a souligné qu'il arrive parfois aux parents d'interpréter les plaintes de l'adolescent comme une atteinte à leur compétence parentale.

Sabbath (1969), pour sa part, a évoqué le souhait explicite des parents de se débarrasser de l'adolescent, ce qui l'a amené à développer le concept "d'expensible child", c'est-à-dire "l'enfant devenu superflu". Il affirme ainsi qu'il existe un désir parental conscient ou inconscient, formulé ou non, que l'enfant interprète comme un désir d'être débarrassé de lui, de le voir mort. Corroborant cette croyance, Rosenbaum et Richman (1970) ont été surpris de noter que les parents de sujets suicidaires répondaient par l'affirmative à la question suivante: Avez-vous jamais pensé qu'il (patient suicidaire) était un fardeau trop lourd à tolérer?

La communication parents-adolescent

Tel que mentionné précédemment, le problème de la communication a été fréquemment identifié dans les familles d'adolescents suicidaires (Chabrol, 1984; Farid, 1988; Garfinkel et Golombek, 1983; Northcutt, 1988; Petzel et Riddle, 1981; Rosenkrantz, 1978; Teicher, 1970, 1975). Chabrol (1984) fait d'ailleurs remarquer que peu importe que le recours au suicide soit un appel à l'aide ou un réel désir de mourir, celui-ci traduit une grave "distorsion de la

communication" entre l'adolescent et sa famille.

Bienvenu (1969) définit la communication comme une transmission de sentiments, d'attitudes, de faits, de croyances et d'idées et elle ajoute qu'elle est un des principaux éléments de l'interaction familiale. Elle mentionne de même que de bonnes habitudes d'écoute, la liberté d'expression, la compréhension et l'acceptation témoignent d'un haut degré de communication. Au contraire, la critique, le sarcasme et le manque de confiance envers l'adolescent sont associés significativement à un plus bas niveau de communication. D'après elle, la communication parents-adolescent est extrêmement limitée. Dans son étude sur 376 sujets "normaux" âgés de 13 à 18 ans (Bienvenu, 1969), ses résultats ont démontré que les mères apparaissent plus critiques que les pères et que ces derniers semblent un peu plus confiants. Par contre, plus de sujets ont rapporté discuter de leurs problèmes avec leurs mères plutôt qu'avec leurs pères.

Robin et Foster (1989), dans le même sens que Bienvenu (1969), voient la communication problématique lorsqu'il y a peu d'écoute et de feedback, quand l'expression de soi et des émotions est inhibée et lorsqu'il y a abondance de critiques, de sarcasmes et de messages ambigus, et d'incongruence entre la communication verbale et non verbale.

Selon Molin (1986) et Richman (1979), dans les familles d'adolescents suicidaires il existe des règles implicites qui interdisent l'expression des besoins de ses membres. Unités fermées et fragiles, ces familles sont incapables de s'adapter aux changements. Réfractaires au dialogue, les messages verbaux n'y sont pas entendus, la communication y est presque inexistante et aucun échange vers l'extérieur n'y est permis (Grégoire et al., 1979; Petzel et Riddle, 1981; Pfeffer, 1981; Pfeffer et al., 1984; Richman, 1971; Spirito et al., 1989). Orbach (1986) mentionne que plusieurs doubles messages sont véhiculés par les parents et donc, qu'il y a des contradictions entre ce qui est dit ou démontré par ces derniers à l'adolescent et la façon (attitude) dont ils le disent ou encore le ressentent vraiment.

Samy (1989) stipule que face au stress, certaines familles réagissent en minimisant la portée du conflit et en repoussant le rétablissement de la communication familiale. La famille chercherait de cette façon à ignorer l'existence d'un problème alors qu'elle aurait dû transmettre l'inquiétude ou la désapprobation appropriée dans ces situations. L'auteur fait de plus remarquer que le retrait et la fuite font aussi partie de la symbolique suicidaire et que dans ces familles, les conflits ne se résoudraient jamais. Cette attitude face au stress, Samy (1989) l'explique par l'intolérance de la famille à l'émancipation de l'un de ses membres et aux changements associés au processus d'individuation. Ce

type de famille est, selon lui, un système clos où souvent l'adolescent devient le bouc émissaire.

Albers, Doane et Mintz (1986), ont observé que dans les familles d'adolescents suicidaires, il y a peu de place pour l'expression des émotions et les parents utilisent la critique comme mode de communication. Selon ces auteurs, les lacunes au niveau de la communication provoquent chez les adolescents des difficultés à vivre des relations intimes et à développer des problèmes psychiatriques ou des tentatives de suicide.

Bon nombre de recherches font état des disparités entre adolescents suicidaires et non suicidaires concernant leurs perceptions de la communication parents-adolescent. Par exemple, les résultats de l'étude de Miller et al. (1992) ont démontré qu'en comparaison des adolescents non suicidaires "normaux", les adolescents suicidaires estiment avoir une mauvaise communication avec leurs parents et cela, de façon significative, surtout avec leur père. Par contre, aucune différence n'a été trouvée entre les groupes d'adolescents suicidaires et ceux présentant des problèmes psychiatriques, mais non suicidaires, ces derniers ayant aussi été différenciés des non suicidaires "normaux". Suite à ces constatations, les auteurs ont énoncé que la communication semble être une variable critique en regard de la psychopathologie adolescente en général et pas spécifiquement aux adolescents suicidaires. Toutefois, ces der-

niers se sont quand même différenciés des deux groupes contrôles au niveau de la cohésion (liens émotionnels) et de la rigidité. En effet, les adolescents suicidaires ont estimé plus faiblement la cohésion dans leurs familles et ils ont estimé la rigidité de celles-ci plus haute que les deux autres groupes.

Stansbury (1985), quant à elle, a trouvé des différences significatives au niveau de la communication (expressiveness) entre des adolescents suicidaires et non suicidaires "sans problèmes". En effet, les sujets suicidaires de son étude ont rapporté qu'il y avait beaucoup moins de communication dans leurs familles que les sujets du groupe contrôle. Sur cette même variable et de façon significative, les résultats ont de plus distingué les adolescents non suicidaires "sans problèmes" des adolescents non suicidaires, mais présentant des troubles émotionnels, ces derniers ayant eux aussi estimé y avoir moins de communication dans leurs familles que les sujets non suicidaire "sans problèmes".

Par ailleurs, dans leur étude où ils comparaient six familles normales avec six familles ayant un adolescent suicidaire, Williams et Lyons (1976) en sont venus à conclure que les familles avec un adolescent suicidaire avaient communiqué moins clairement et de manière moins efficace et spécifique, en terme de contenu, de même qu'en terme d'interaction interpersonnelle.

La possibilité de problèmes de communication dans les familles d'adolescents suicidaires est aussi supportée dans l'étude de Wright et al. (1984). En effet, plus de la moitié de leur groupe d'adolescents suicidaires ont rapporté plusieurs conflits avec leurs parents, et à peu près autant ont ajouté qu'un de ceux-ci paraît fâché la plupart du temps. De plus, 20% de ces adolescents ont signifié qu'aucun de leurs deux parents ne prend le temps de les écouter quand ils veulent parler de leurs problèmes. Pour les auteurs, ceci indique, au-delà du manque de soutien, la perception pour l'adolescent d'un rejet parental. D'ailleurs, le fait que ces adolescents ont rapporté que leurs mères (17%) et leurs pères (14%) étaient trop permissifs peut, selon eux, avoir été interprété par les participants comme "l'indication que leurs parents ne prennent pas assez soin de pourvoir à la sécurité de structure dont ils sentent avoir besoin" (p.61).

Enfin, les travaux de Khan (1987) ont mis en relief la disparité des perceptions entre des adolescents suicidaires (hospitalisés), non suicidaires (hospitalisés) et non suicidaires (non hospitalisés) et leurs parents. En effet, les trois groupes d'adolescents ont décrit leurs parents comme étant peu engagés dans une communication constructive et sensée, ce qui est à l'opposé de ce que les parents ont eux-mêmes décrit. Ces derniers ont par ailleurs exprimé se sentir plus concernés que leurs adolescents quand la relation qu'ils ont avec

ces derniers est insatisfaisante. Les adolescents suicidaires ont quant à eux révélé que lorsqu'ils étaient jeunes, leurs parents les blâmaient pour tout ce qui n'allait pas dans la famille, ce sur quoi ils se sont distingués des deux groupes contrôles.

À la lumière de tous ces écrits, il apparaît de plus en plus évident que des caractéristiques familiales comme la communication et le soutien parental jouent un rôle déterminant dans l'étiologie des conduites suicidaires à l'adolescence. Elles représentent des variables qui doivent être analysées si l'on veut mieux comprendre et expliquer ces conduites. De plus, bien que la recension de la littérature démontre que le caractère déficitaire de ces deux caractéristiques familiales est fréquemment associé au suicide, et que les adolescents(es) perçoivent négativement ces deux variables, très peu de recherches ont comparé les perceptions de ces adolescents avec celles de leurs parents. Notre travail de recherche vise à mieux comprendre l'implication et l'influence de la communication parents-adolescent et du soutien parental dans la dynamique familiale et la problématique suicidaire.

Hypothèses

L'hypothèse générale de recherche à l'étude est :

H: Il existe des différences significatives entre les perceptions des familles d'adolescents suicidaires et des familles d'adolescents non suicidaires à l'égard de la communication et du soutien parental.

Cette hypothèse peut être précisée dans le sens suivant:

1. Il y a des différences significatives entre les perceptions des adolescents suicidaires et non suicidaires:
 - a) les adolescents suicidaires ont des perceptions plus négatives du soutien parental que les adolescents non suicidaires.
 - b) les adolescents suicidaires ont des perceptions plus négatives de la communication parents-adolescent que les adolescents non suicidaires.
2. Il y a des différences significatives entre les perceptions des parents d'adolescents suicidaires et les parents d'adolescents non suicidaires.
 - a) les parents d'adolescents suicidaires ont des perceptions plus négatives du soutien parental que les parents d'adolescents non suicidaires.
 - b) les parents d'adolescents suicidaires ont des perceptions plus négatives de la communication parents-adolescent que les parents d'adolescents non suicidaires.

Questions exploratoires

La recension des écrits scientifiques effectuée nous permet d'inférer qu'il y a un écart entre les perceptions des adolescents et de leurs parents et que cet écart irait dans le sens d'une perceptions plus négative chez les adolescents. Cependant, les recherches recensées se limitent surtout à étudier les perceptions des adolescents. Selon nous, il est important de connaître les perceptions des parents afin de les comparer à celles de leurs adolescents. En effet, nous croyons que cela peut nous apporter des réponses quant aux types de relations parents-adolescent et quant aux sources de conflits et de lacunes relationnelles possibles. Nous pourrions ainsi aller au-delà des recherches antérieures et dégager de nouvelles pistes d'intervention auprès des familles d'adolescents suicidaires.

Compte tenu du fait que dans la présente recherche les parents ont également répondu aux questions, il nous est possible de comparer les perceptions mutuelles parents-adolescents en regard du soutien parental et de la communication et ainsi de vérifier si:

- A. L'écart existant entre ces perceptions diffère de façon significative dans les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires.

Les recherches antérieures rapportent des données sur les mesures de soutien parental et de communication mais ces mesures n'ont jamais été combi-

nés dans la même étude. Nous sommes intéressés à savoir:

- B. S'il existe une corrélation entre ces deux variables et si oui, dans quel sens va cette relation.

Définition des variables

La variable indépendante est constituée par la présence ou l'absence d'idées ou de comportements suicidaires chez l'adolescent. La catégorie adolescents "suicidaires" comprend les adolescents qui ont tenté de se suicider et ceux qui ont des idées suicidaires sérieuses. Ainsi, les adolescents qui ont obtenu une cote de 50 et plus à l'échelle de risque suicidaire de Cull et Gill (1982), soit de 50 à 74 (risque modéré) ou de 75 à 100 (risque sévère), sont retenus comme étant "suicidaires". Les adolescents qui ont obtenu une cote de 28 et moins (absence de risque) sont classés dans la catégorie des adolescents "non suicidaires".

Les variables dépendantes sont le soutien parental et la communication parents-adolescent. S'appuyant sur des auteurs cités dans les pages précédentes, nous définirons ces variables de la façon suivante:

Le soutien parental est défini comme étant l'aide et le support fourni à l'adolescent par son ou ses parents et ce, par l'intermédiaire de soins, d'attention, d'intérêt, d'affection, d'empathie et d'attitude chaleureuse, de protection

et de contrôle. Le soutien parental est mesuré selon deux dimensions: 1) les soins, l'implication versus l'indifférence, le rejet; 2) le contrôle, la surprotection versus l'encouragement à l'autonomie et à l'indépendance (Parker et al., 1979).

La communication parents-adolescent est définie comme étant une transmission d'idées, d'informations factuelles, de sentiments, d'émotions, d'attitudes et de valeurs. La mesure de cette variable se veut préciser les styles et caractéristiques de la communication au sein de la famille selon deux aspects: l'ouverture dans la communication ainsi que les problèmes ou blocages de communication (Bienvenu, 1969).

Chapitre 2

Méthodologie

Sujets

Les sujets qui ont participé à l'étude proviennent d'une école secondaire de la Mauricie et ils sont âgés de quatorze à dix-neuf ans sept mois. Ils se répartissent selon 4 niveaux académiques, c'est-à-dire les niveaux secondaires 3, 4 et 5 du programme régulier et le groupe de secondaire 2 au programme de cheminement particulier. Ces étudiants représentent 17 groupes-classes dont la répartition est comme suit: secondaire 3: N = 173 (N = incluant 12 sujets du cheminement particulier); secondaire 4: N = 133 et secondaire 5: N = 135.

Au total, 441 adolescents(es), dont 232 filles (52.6%) et 209 garçons (47.4%) composent la population d'étude à partir de laquelle sera sélectionné l'échantillon d'adolescents(es) suicidaires et non suicidaires constituant les groupes "expérimental" et "contrôle" de notre étude.

Instruments de mesure

L'évaluation du potentiel suicidaire des adolescents a été effectuée à l'aide d'une traduction¹ du "Suicide Probability Scale" (Cull et Gill, 1982). Cette échelle de type Likert comporte 36 énoncés (pensées, sentiments et comportements)

et les sujets doivent eux-mêmes estimer la fréquence avec laquelle ils les "expérimentent", soit "jamais ou très peu", "quelquefois", "assez souvent", "toujours ou très souvent". Le "SPS" peut être utilisé avec des adolescents âgés d'au moins 14 ans et des adultes. L'échelle comprend quatre sous-échelles, soit le désespoir (HP: 12 items), les idéations suicidaires (SI: 8 items), l'évaluation négative de soi (NSE: 9 items) et l'hostilité (HS: 7 items). La cotation se fait à l'aide d'une grille de correction (de 0 à 5) et l'évaluation du risque suicidaire est faite à l'aide d'une classification basée sur les "Probability Scores" de 0 à 100 (absence de risque: 0-24; risque léger: 25-49; modéré: 50-74; sévère: 75-100).

La consistance interne de l'échelle totale est de 0.93 et pour les sous-échelles de 0.85 (HP), 0.89 (SI), 0.78 (HS) et 0.62 (NSE). La fidélité (méthode split-half) est de 0.93 pour l'échelle totale et celle des sous-échelles varie de 0.58 à 0.88. La corrélation "test-retest" après dix jours est de 0.94 pour l'échelle totale.

L'échelle "Suicide Probability Scale" (Cull et Gill, 1982) a été choisie parce qu'elle s'avère être un bon outil de dépistage du risque suicidaire et ce, d'au-

¹ Traduction effectuée par Manon Cloutier, professionnelle de recherche pour le "Programme d'intervention auprès des familles d'adolescents suicidaires" (Pronovost, J., Gagnon, G., Rousseau, J. (1993). Equipe de Recherche en Intervention Psycho-éducative. Département de psychologie, UQTR).

tant plus que les énoncés se regroupent en quatre sous-échelles toutes reliées à la dynamique suicidaire. C'est un instrument facile à utiliser, peu coûteux, simple à coter et possédant de bonnes qualités psychométriques. De plus, l'auto-passation peut se faire en groupe ou de façon individuelle, selon les besoins. Enfin, les énoncés y sont clairs, le langage est simple et son temps de réponse est de 15 à 20 minutes, ce qui en facilite la compréhension et la passation pour des adolescents.

Pour mesurer le soutien parental, le questionnaire utilisé est une traduction du "Parental Bonding Instrument" (Parker et al., 1979). Cette échelle de type Likert comporte 25 items et mesure deux dimensions de la relation parent-enfant, soit: a) qualité des soins/implication; b) contrôle/surprotection. L'adolescent doit estimer si chacun des énoncés représente un portrait soit "très semblable", "un peu semblable", "un peu différent" ou "très différent" des attitudes qu'il perçoit de chacun de ses parents à son égard. Les parents eux, chacun de leur côté, doivent estimer si leurs attitudes envers leur adolescent ressemblent ou diffèrent des énoncés. Les questions couvrent divers aspects de la relation comme la qualité des soins, la négligence, la surprotection, l'attention portée à l'adolescent, la manifestation d'une attitude froide ou chaleureuse, l'intérêt démontré pour ses activités ou préoccupations, la capacité de comprendre ses problèmes, de l'encourager et la disponibilité pour

discuter. Tousignant et al. (1988) ont utilisé cet instrument au Québec mais en ne retenant que la dimension de qualité de soins (dans leur adaptation ils n'ont donc conservé que neuf questions).

La sous-échelle "soins" comprend 12 items et la cote maximale est de 36 points alors que la sous-échelle "contrôle" qui comprend 13 items a une cote maximale de 39 points. A l'aide d'une grille de correction (0 à 3), le score de chacune des sous-échelles est calculé par la sommation des réponses; plus le score est élevé, plus il y a une bonne qualité de soins et plus il y a de contrôle/surprotection. Les deux sous-échelles ont une bonne fidélité interne, soit de 0.88 et 0.74 par la méthode moitié-moitié (split-half). Les corrélations "test-retest" après trois semaines sont de 0.76 pour la sous-échelle "soins" et de 0.63 pour la sous-échelle "contrôle".

Pour mesurer la communication parents-adolescent, une traduction du "Parent-Adolescent Communication Scale" (Barnes et Olson, 1982) a été utilisée. L'échelle comporte 20 questions qui regroupent deux composantes de la communication familiale, soit "l'ouverture" à la communication et les "problèmes ou blocages" de communication. L'instrument est administré séparément aux adolescents et à chacun de leurs parents. L'adolescent doit indiquer, en se rapportant à sa communication avec son père ou sa mère, si l'énoncé lui apparaît vrai ou faux. Il en est de même pour chacun des parents qui doivent

s'en rapporter à leur communication avec leur enfant. Les questions couvrent divers aspects de la communication parents-adolescent tels la capacité et la disponibilité à écouter et à discuter, la transmission de valeurs et d'attitudes autant que d'idées et d'informations factuelles, la manifestation de sentiments et d'émotions, l'ouverture d'esprit et la capacité de compréhension et d'empathie.

Chacune des composantes contient dix items avec une cote maximale de dix points. La cotation se fait à l'aide de la clé de correction et les résultats indiquent si la communication entre le parent et son adolescent se caractérise par une bonne ouverture (communication positive) ou par des blocages ou problèmes (communication négative). La consistance interne est bonne, la valeur du coefficient alpha de Crownbach étant de 0.78 et 0.87 pour les sous-échelles "blocage" et "ouverture", et de 0.88 pour l'échelle totale.

Le choix du "Parental Bonding Instrument" (Parker et al., 1979) et du "Parent-Adolescent Communication Scale" (Barnes et Olson, 1982) comme instruments de mesure se justifie par la qualité et la pertinence des informations pouvant être recueillies à propos du soutien parental et de la communication parents-adolescent, à l'aide de ces deux tests respectifs. De plus, les deux échelles peuvent être administrées facilement et efficacement autant aux adolescents qu'à leurs parents, ce qui favorise les démarches au niveau de la

comparaison des perceptions intrafamiliales. La justesse et la clarté de leurs énoncés, la simplicité du langage, ainsi que le peu de temps requis pour leur répondre (deux à cinq minutes) facilitent de plus la compréhension et la disponibilité temporelle des sujets adolescents ou parents. La simplicité de leur mode de cotation et leurs qualités psychométriques se sont aussi avérées importantes dans le choix de ces deux épreuves expérimentales.

Déroulement de l'expérience

Dans un premier temps, l'autorisation d'effectuer la présente étude a été demandée à la direction de l'école secondaire Des Chutes de Shawinigan et les professeurs concernés ont été mis au courant du projet de recherche.¹ Nous avons dès lors commencé à mettre sur pied un système de soutien et d'intervention psychologique en collaboration avec le personnel non-enseignant de l'école (éducateur spécialisé, animateur de pastorale, etc.) et le Service de Pédo-psychiatrie de l'Hôpital Régional de la Mauricie. Ainsi, nous assurons une intervention rapide et adéquate effectuée auprès des adolescents(es) dépistés(es) comme présentant un risque suicidaire. Il a donc été prévu que l'échelle

¹ Nous voulons ici remercier la direction, le personnel enseignant et non enseignant de l'école secondaire Des Chutes, pour leur accueil chaleureux et leur collaboration à ce projet. Aussi, un merci tout particulier à tous les étudiants et étudiantes, de même qu'aux parents, qui ont accepté de participer à l'expérimentation de cette recherche avec beaucoup d'ouverture et d'authenticité.

de risque suicidaire soit corrigée la première et ce, immédiatement après la passation des questionnaires dans les classes.

Les trois épreuves expérimentales ont été administrées par groupes-classes à l'intérieur des heures normales de cours et ce, dans les deux dernières semaines d'octobre 1993 et ce par la responsable de cette recherche. Le déroulement de la passation et les directives ont été les mêmes pour tous. L'expérimentatrice a d'abord été présentée par l'enseignant responsable du groupe. Par la suite, une feuille d'introduction, une fiche de renseignements personnels et les épreuves expérimentales ont été distribuées à chaque étudiant. L'introduction a été lue à voix haute afin de bien expliquer le contexte de l'étude aux étudiants, la manière de remplir la fiche de renseignements personnels et la relance prévue auprès des parents de certains étudiants. Suite aux interventions de deux étudiants du premier groupe-classe, les catégories "veuf(ve)" et "célibataire" ont été ajoutés à la question concernant l'état civil des parents, catégories qui ont été spécifiées dans chacun des groupes-classes ultérieurs. De même, les étudiants de ce groupe-classe ayant éprouvé des difficultés au niveau de la signification de mots (impulsif; hostile) et d'énoncés ("je me sens fermé à ma mère"; "je ne me raterai pas quand je me déciderai", énoncés tirés du Suicide Probability Scale (Cull et Gill, 1982)), l'évaluatrice en a donné la signification dans chacun des groupes. Le but de la recherche étant présenté

comme visant à mieux comprendre la relation parents-adolescent et certains événements ou problèmes vécus à l'adolescence, il n'a pas été fait mention du thème du suicide en tant que tel.

À la toute fin de l'administration des épreuves expérimentales, il a été demandé aux adolescents d'émettre leurs commentaires concernant l'expérience qu'ils venaient de vivre ainsi que par rapport au contenu des questionnaires. Ils ont ensuite été remerciés de leur collaboration. La passation des divers questionnaires a duré environ 50 minutes par groupe-classe. Chaque épreuve expérimentale a ensuite été corrigée manuellement, la priorité étant d'abord accordée à la correction du "SPS" afin que les adolescents suicidaires soient relancés le plus rapidement possible.

Formation de la population expérimentale

La population expérimentale a été constituée suite à la cotation et à l'analyse des résultats de chacun des sujets à l'échelle de risque suicidaire la Suicide Probability Scale(Cull et Gill, 1982). Ainsi, les adolescents(es) qui ont obtenu un score de 50 et plus à ce questionnaire, soit de 50 à 74 (risque modéré) ou de 75 à 100 (risque sévère), ont été retenus comme ayant un risque suicidaire. Ils font donc partie du groupe d'adolescents(es) "suicidaires". Les étudiants(es) qui ont obtenu un score de 24 et moins (absence de

risque) ont été retenus comme n'ayant pas de risque suicidaire et forment le groupe d'adolescents(es) "non suicidaires". Cependant, afin de pouvoir compléter l'appariement des adolescents(es) "suicidaires" avec des adolescents(es) "non suicidaires", certains autres sujets ont aussi été retenus dans le groupe "non suicidaires", c'est-à-dire ceux dont le score était de 25 à 28 (25-49: risque léger) mais dont la sous-échelle "idéations suicidaires" était faible, ceci les rendant comparables aux sujets ayant un score de 24 et moins.

Etant donné qu'il avait été demandé aux adolescents(es) d'inscrire leur code permanent sur chacun des questionnaires, l'identification des sujets des deux groupes (suicidaires et non suicidaires) s'est faite à l'aide du repérage des codes permanents à même la liste des groupes-classes.

Au total, 70 adolescents(es), dont 38 filles et 32 garçons ont été dépistés comme ayant un risque suicidaire selon les critères prévus. Ces adolescents ont été appariés(és) à 122 étudiants(es) retenus dans le groupe des "non suicidaires". Donc, chacun des "suicidaires" a été apparié à au moins 1 ou 2 "non suicidaires" et ce, afin d'assurer un nombre suffisant de retour d'enveloppes-réponses de la part des parents de ces derniers. Les sujets du groupe expérimental ont été appariés à ceux du groupe contrôle selon les caractéristiques socio-démographiques suivantes: le sexe, l'âge, le niveau scolaire et la situation familiale (état civil des parents et lieu de résidence du jeune). Sauf

dans quelques cas où l'âge et le niveau académique ont été plus difficiles à respecter, l'appariement selon les caractéristiques socio-démographiques a été effectué parfaitement.

Par la suite, une enveloppe contenant les questionnaires (versions père et mère) sur la communication et le soutien parental et une lettre expliquant entre autre le but de la recherche a été acheminée aux parents. Ces enveloppes leur sont parvenues par l'entremise de leurs adolescents(es) après que l'expérimentatrice les ait rencontrés afin de leur expliquer la démarche à suivre et la raison du choix de leurs parents (raison officielle invoquée: pairage selon le type de famille (monoparentale ou non), l'âge et le niveau scolaire). Cette deuxième rencontre avec les étudiants(es) concernés(es) dura environ cinq minutes et ce, pendant les heures normales de cours. Un délai d'une semaine a été alloué aux parents pour répondre aux questionnaires et les retourner à l'école par l'entremise de leur adolescent(e). Après ce délai, un message vocal a été passé au début d'un cours afin de rappeler aux étudiants(es) qui n'avaient pas rapporté les questionnaires de leurs parents qu'ils avaient encore une semaine pour le faire.

Au total, 120 enveloppes sur 189 ont été rapportées. De celles-ci, 22 enveloppes ont été rejetées parce que ni le père ni la mère n'avaient répondu aux questionnaires.

L'échantillon de la présente étude se compose donc de 98 sujets, c'est-à-dire 50 adolescents(es) suicidaires dont 30 filles (60%) et 20 garçons (40%) pour le groupe expérimental et 48 adolescents(es) non suicidaires dont 27 filles (56.3%) et 21 garçons (43.8%) pour le groupe contrôle. Il est à noter que six des sujets suicidaires (4 filles; 2 garçons) n'ont pu être pairés aux adolescents(es) non suicidaires étant donné qu'il n'y a pas eu de réponse de la part des deux parents de ces derniers ou que les critères de sélection au niveau de l'appariement n'ont pu être rencontrés chez cinq sujets non suicidaires gardés pour l'échantillon. L'écart entre la moyenne d'âge des deux groupes ne comporte pas de différence significative (Population: M: 15.7 ans; É-T: 0.99; $F(1) = 0.33$).

Compte tenu des seuils de classification du "Suicide Probability Scale" (Cull et Gill, 1982), il est à noter que des 98 adolescents retenus pour l'échantillon, 13.3% présentent un risque suicidaire sévère, 37.7% un risque suicidaire modéré et 49% des jeunes ne présentent aucun risque suicidaire.

Pour ce qui est des caractéristiques socio-démographiques telles le niveau de scolarité, l'état civil des parents et le milieu familial des adolescents de chaque groupe, elles sont présentées au tableau 1. Les adolescents dépistés sont plus nombreux au niveau du secondaire 3, où 58% des jeunes présentent un risque suicidaire. Concernant l'état civil, les parents d'adolescents suicidai-

Tableau 1

Description des caractéristiques des adolescents suicidaires et non suicidaires.

Variables	Suicidaires		Non suicidaires		Total	
	N	%	N	%	N	%
Niveau scolaire						
Secondaire 3	29	58.0	23	47.9	52	53.0
Secondaire 4	10	20.0	15	31.3	25	25.5
Secondaire 5	11	22.0	10	20.8	21	21.4
Etat civil des parents						
Marié	32	64.0	34	70.8	66	67.3
Séparé-Divorcé	14	28.0	11	22.9	25	25.5
Veuf(ve)	4	8.0	3	6.3	7	7.1
Milieu familial						
Biparental	31	62.0	34	70.8	65	66.3
Monoparental	13	26.0	12	25.0	25	25.5
Recomposé	6	12.0	2	4.2	8	8.1

* Ceux qui vivent avec seulement un de leurs parents (monoparental) restent avec leur mère, tout comme la majorité de ceux vivant dans une famille recomposée.

res sont mariés dans 62% des cas (ce qui inclus 2% des parents vivant en union de fait), ce qui est plus du double des parents étant séparés ou divorcés. Les parents d'adolescents non suicidaires sont quant à eux mariés

dans 70.8% des cas, ce qui représente plus du triple des parents étant séparés ou divorcés. La majorité des répondants suicidaires ou non suicidaires vivent dans une famille biparentale. Ceux qui vivent avec seulement un de leurs parents (monoparental) restent avec leur mère, tout comme la majorité de ceux vivant dans une famille recomposée.

Chapitre 3

Résultats

Méthodes d'analyse

Les faibles scores de la variable soutien parental ont entraîné une anormalité de la distribution. Afin de conserver l'homogénéité dans la présentation des analyses, vue la distribution asymétrique des scores, la stratégie d'ensemble concernant les méthodes d'analyse a été d'utiliser des statistiques non paramétriques, c'est-à-dire des analyses de rang. Le test de Mann-Whitney est le test utilisé pour comparer les groupes suicidaires et non suicidaires afin de déterminer s'il y a des différences significatives entre eux. Le Rho de Spearman est le test employé pour comparer la relation entre deux variables. Le seuil de signification choisi est de .05.

Résultats

Dans un premier temps, en relation avec l'hypothèse 1.a), nous analyserons les résultats des perceptions des adolescents à l'égard du soutien parental.

Dimension "soins" du soutien parental

Comme l'indique le tableau 2, les adolescents suicidaires perçoivent significativement recevoir moins de soins de la part de leur père que les adolescents non suicidaires (suicidaires: $M = 19.17$; non suicidaires: $M = 27.72$; $U = 525.5$; $p < 0.001$.).

De même, les adolescents suicidaires indiquent de façon significative percevoir moins de soins de la part de leur mère que les adolescents non suicidaires (suicidaires: $M = 23.80$; non suicidaires: $M = 30.77$; $U = 634.0$; $p < 0.001$.).

Dimension "surprotection" du soutien parental

Les résultats du tableau 2 démontrent que les adolescents suicidaires perçoivent leur père significativement plus surprotecteurs que les adolescents non suicidaires (suicidaires: $M = 15.59$; non suicidaires: $M = 8.11$; $U = 551.5$; $p < 0.001$.).

De même, les adolescents suicidaires perçoivent leur mère significativement plus surprotectrices que les adolescents non suicidaires, leur moyenne étant

Tableau 2

Perceptions par les adolescents du soutien parental en regard
des dimensions "soins" et "surprotection".

Perceptions du soutien parental	Groupes d'adolescents			
	suicidaires	non suicidaires		
Dimensions	M (É-T)	M (É-T)	U	Z
Soins: ado. vs pères	19.17 (9.90)	27.72 (7.98)	525.5	-4.16***
: ado. vs mères	23.80 (9.07)	30.77 (5.95)	634.0	-4.04***
Surprotection				
: ado. vs pères	15.59 (9.24)	8.11 (6.05)	551.5	-3.96***
: ado. vs mères	15.66 (8.78)	7.37 (6.41)	509.0	-4.92***

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

plus du double de celle des adolescents non suicidaires (suicidaires: M = 15.66; non suicidaires; M = 7.37; U = 509.0; p < 0.001.).

Nous allons maintenant, en relation avec l'hypothèse 1.b), analyser les résultats des perceptions des adolescents à l'égard de la communication parents-adolescent.

Tableau 3

Perceptions par les adolescents de la communication avec leurs parents en regard des dimensions "ouverture" et "problèmes-blocages".

Perceptions de la communication	Groupes d'adolescents		U	Z
	suicidaires	non suicidaires		
Dimensions	M (É-T)	M (É-T)		
Ouverture				
: ado. vs pères	4.09 (2.66)	7.13 (2.80)	456.0	-4.62***
: ado. vs mères	5.76 (3.13)	8.08 (2.15)	670.5	-3.80***
Problèmes				
: ado. vs pères	6.39 (1.93)	3.60 (2.01)	329.5	-5.65***
: ado. vs mères	5.76 (2.32)	3.56 (2.24)	610.0	-4.23***

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

Dimension "ouverture" de la communication

Les résultats du tableau 3 démontrent que les adolescents suicidaires perçoivent significativement moins d'ouverture dans la communication avec leur père que les adolescents non suicidaires (suicidaires: M = 4.09; non suicidaires: M = 7.13; U = 456.0; p < 0.001.).

En ce qui concerne la communication avec leur mère, les adolescents suicidaires perçoivent significativement moins d'ouverture que les adolescents non

suicidaires (suicidaires: $M = 5.76$; non suicidaires: $M = 8.08$; $U = 670.5$; $p < 0.001$.).

Dimension "problèmes" ou "blocages" de la communication

Comme l'indique le tableau 3, les adolescents suicidaires perçoivent significativement plus de problèmes ou blocages dans la communication avec leur père que les adolescents non suicidaires (suicidaires: $M = 6.39$; non suicidaires: $M = 3.60$; $U = 329.5$; $p < 0.001$.).

De même, les adolescents suicidaires perçoivent significativement plus de problèmes dans la communication avec leur mère que les adolescents non suicidaires (suicidaires: $M = 5.76$; non suicidaires: $M = 3.56$; $U = 610.0$; $p < 0.001$.).

Dans la section suivante, en relation avec l'hypothèse 2.a), nous analyserons les résultats des perceptions des parents à l'égard du soutien parental.

Dimension "soins" du soutien parental

Comme l'indique le tableau 4, il n'y a pas de différences significatives entre les perceptions qu'ont d'eux-mêmes les pères des deux groupes à l'égard des soins qu'ils prodiguent à leurs adolescents (suicidaires: $M = 27.88$; non suicidaires: $M = 29.87$; $U = 563.0$; $p > 0.05$.).

Tableau 4

Perceptions par les parents du soutien parental en regard
des dimensions "soins" et "surprotection".

Perceptions du soutien parental	Groupes de parents d'adolescents		U	Z
	suicidaires	non suicidaires		
Dimensions	M (É-T)	M (É-T)		
Soins: pères vs ado.	27.88 (7.16)	29.87 (6.53)	563.0	-1.46 n.s.
: mères vs ado.	29.75 (5.34)	32.37 (3.95)	815.0	-2.49**
Surprotection				
: pères vs ado.	9.71 (5.70)	7.07 (5.43)	492.5	-2.21***
: mères vs ado.	9.17 (5.21)	7.89 (5.63)	971.0	-1.33 n.s.

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

Cependant, les mères des adolescents suicidaires se décrivent comme prodiguant significativement moins de soins que les mères d'adolescents non suicidaires (suicidaires: M = 29.75; non suicidaires: M = 32.37; U = 815.0; p < 0.01.; voir tableau 4).

Dimension "surprotection" du soutien parental

Comme l'indique le tableau 4, les pères des adolescents suicidaires se décrivent comme significativement plus surprotecteurs que les pères des adolescents non suicidaires (suicidaires: M = 9.71; non suicidaires: M = 7.07; U =

492.5; $p < 0.001$.).

Par contre, il n'y a aucune différence significative entre les perceptions qu'ont d'elles-mêmes les mères des adolescents suicidaires et non suicidaires quant à la surprotection (suicidaires: $M = 9.17$; non suicidaires: $M = 7.89$; $U = 971.0$; $p > 0.05$.).

Nous allons maintenant, en relation avec l'hypothèse 2.b), analyser les résultats des perceptions des parents à l'égard de la communication parents-adolescent.

Dimension "ouverture" de la communication

Les résultats du tableau 5 démontrent que les pères d'adolescents suicidaires perçoivent moins d'ouverture dans la communication avec leurs adolescents que les pères d'adolescents non suicidaires (suicidaires: $M = 6.69$; non suicidaires: $M = 8.05$; $U = 520.0$; $p < 0.01$.).

Les mères d'adolescents suicidaires perçoivent également moins d'ouverture dans la communication que les mères d'adolescents non suicidaires (suicidaires: $M = 7.69$ non suicidaires: $M = 8.62$; $U = 808.0$; $p < 0.01$.)

Dimension "problèmes" ou "blocages" de la communication

Comme l'indique le tableau 5, les pères d'adolescents suicidaires perçoivent

Tableau 5

Perceptions par les parents de la communication avec leurs adolescents en regard des dimensions "ouverture" et "problèmes-blocages".

Perceptions de la communication	Groupes de parents d'adolescents			
	suicidaires	non suicidaires		
Dimensions	M (É-T)	M (É-T)	U	Z
Ouverture				
: pères vs ado.	6.69 (2.62)	8.05 (1.91)	520.0	-2.26**
: mères vs ado.	7.69 (1.83)	8.62 (1.56)	808.0	-2.59**
Problèmes				
: pères vs ado.	5.42 (2.21)	3.56 (2.51)	436.5	-3.10***
: mères vs ado.	4.71 (2.29)	3.06 (2.15)	697.5	-3.36***

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

significativement plus de blocages dans la communication avec leurs adolescents que les pères d'adolescents non suicidaires (suicidaires: M = 5.42 non suicidaires: M = 3.56; U = 436.5; p < 0.001.).

De même, les mères d'adolescents suicidaires perçoivent significativement plus de problèmes ou blocages dans la communication avec leurs adolescents que les mères d'adolescents non suicidaires (suicidaires: M = 4.71; non suicidaires: M = 3.06; U = 697.5; p < 0.001.).

Questions exploratoires

Dans un deuxième temps, en relation avec notre première question exploratoire, nous analyserons les résultats concernant les différences perceptuelles entre adolescents et parents à l'égard du soutien parental et de la communication parents-adolescent.

Analyse des données (Quest. A)

Afin de trouver la différence entre les deux scores, c'est-à-dire l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leurs parents, nous avons utilisé le calcul de scores différentiels et donc soustrait les scores des parents à ceux de leurs adolescents. Les analyses de comparaison de groupe ont été effectuées à l'aide du test Mann-Whitney U. Il est à noter que le test "Two tailed p" est le test utilisé afin de vérifier s'il y a des différences entre les groupes.

Dimension "soins" du soutien parental

Comme l'indique le tableau 6, le calcul des scores différentiels démontre que les pères des adolescents des deux groupes se décrivent comme prodiguant plus de soins que ce que leurs adolescents perçoivent d'eux. Par contre, ces résultats démontrent que l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leur père est significativement beaucoup plus grand dans les familles d'adolescents suicidaires que dans les familles d'adolescents non suicidaires (suicidaires: $M = -8.26$; non suicidaires: $M = -0.88$; $U = 400.0$; $p < 0.001$).

Tableau 6

Différences perceptuelles entre adolescents et parents en regard des dimensions "soins" et "surprotection" dans le soutien parental.

Perceptions du soutien parental	Groupes d'adolescents			
	suicidaires	non suicidaires		
Dimensions	M (É-T)	M (É-T)	U	Z
Soins: ado. vs pères	-8.26 (9.05)	-0.88 (8.10)	400.0	-3.19***
: ado. vs mères	-5.63 (8.29)	-1.60 (6.56)	695.5	-3.36***
Surprotection				
: ado. vs pères	6.49 (8.98)	0.80 (7.29)	442.0	-2.74**
: ado. vs mères	6.29 (9.80)	-0.52 (6.60)	656.0	-3.64***

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

Note. "Two tailed p".

Les mères, tout comme les pères, dans les deux groupes se décrivent comme donnant plus de soins que ce que leurs adolescents perçoivent d'elles. Encore une fois, dans les familles d'adolescents suicidaires, l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leur mère est beaucoup plus grand que dans les familles d'adolescents non suicidaires et ce, de façon significative (suicidaires: M = -5.63; non suicidaires: M = -1.60; U = 695.5; p < 0.001).

Dimension "surprotection" du soutien parental

Comme le démontrent les résultats du tableau 6, les adolescents des deux groupes perçoivent leur père comme plus surprotecteurs que les pères ne se décrivent eux-mêmes. Cependant, il existe une différence significative entre les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires en ce qui concerne l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leur père, cet écart étant plus grand dans les familles d'adolescents suicidaires (suicidaires: $M = 6.49$; non suicidaires: $M = 0.80$; $U = 442.0$; $p < 0.01$).

Pour ce qui est de l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leur mère, il est plus grand dans les familles d'adolescents suicidaires et ce, de façon significative (suicidaires: $M = 6.29$; non suicidaires: $M = -0.52$; $U = 656.0$; $p < 0.001$). D'autre part, ces résultats indiquent que les adolescents suicidaires perçoivent leur mère comme étant plus surprotectrices que ce qu'elles décrivent elles-mêmes. Chez les adolescents non suicidaires, il est intéressant de noter que ce sont les mères qui se perçoivent plus surprotectrices que les adolescents ne les décrivent (tableau 6).

Dimension "ouverture" de la communication

Comme le démontre le tableau 7, le calcul des scores différentiels indique que les pères du groupe d'adolescents suicidaires et ceux du groupe non suicidaires perçoivent plus d'ouverture dans la communication avec leurs adoles-

cents que ce que perçoivent les adolescents eux-mêmes. Une différence significative est observée entre les deux groupes quant à l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leur père, l'écart étant plus grand dans les familles d'adolescents suicidaires (suicidaires: $M = -2.39$; non suicidaires: $M = -0.63$; $U = 447.5$; $p < 0.01$.).

Une différence marginale mais non significative est observée entre les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires en ce qui a trait à l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leur mère concernant l'ouverture dans leur communication (suicidaires: $M = -1.81$; non suicidaires: $M = -0.54$; $U = 894.0$; $p = 0.056$.).

Dimension "problèmes" ou "blocages" de la communication

Comme le démontrent les résultats du tableau 7, il n'existe aucune différence significative entre les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires en ce qui concerne l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leur père à l'égard de problèmes dans la communication parents-adolescent (suicidaires: $M = -1.03$; non suicidaires: $M = -0.10$; $U = 576.0$; $p > 0.05$).

Pour ce qui est de l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leur mère concernant les problèmes dans la communication, il n'y a aucune différence significative entre les familles d'adolescents suicidaires et les familles

Tableau 7

Différences perceptuelles entre adolescents et parents en regard des dimensions "ouverture" et "problèmes-blocages" dans la communication.

Perceptions de la communication	Groupes d'adolescents			
	suicidaires	non suicidaires		
Dimensions	M (É-T)	M (É-T)	U	Z
Ouverture				
: ado. vs pères	-2.39 (2.80)	-0.63 (2.09)	447.5	-2.99**
: ado. vs mères	-1.81(3.02)	-0.54 (2.18)	894.0	-1.91 n.s.
Problèmes				
: ado. vs pères	-1.03 (2.60)	-0.10 (2.18)	576.0	-1.67 n.s.
: ado. vs mères	0.94 (2.85)	0.50 (2.40)	1016.0	-1.0 n.s.

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

Note. "Two tailed p"

d'adolescents non suicidaires (suicidaires: M = 0.94; non suicidaires: M = 0.50; U = 1016.0; p > 0.05.).

Dans cette partie, en relation avec notre deuxième question exploratoire, nous analyserons les résultats concernant l'existence d'une corrélation entre les variables soutien parental et communication.

Analyse de données (Quest. B)

Le Rho de Spearman est le test utilisé pour comparer la relation entre les variables. Le seuil de signification choisi est de .05.

Perceptions des adolescents envers leur père

Les résultats du tableau 8 indiquent que les perceptions des adolescents à l'égard des soins prodigués par leur père obtiennent une très forte corrélation positive avec leurs perceptions de l'ouverture dans la communication avec ceux-ci. Leurs perceptions des soins, quant à elles, obtiennent une forte corrélation négative avec leurs perceptions de problèmes ou blocages dans la communication avec leur père et ce, de façon significative.

Les perceptions des adolescents quant à la surprotection et à l'ouverture dans la communication avec leur père, obtiennent une forte corrélation négative. De même, il existe une forte corrélation positive entre leurs perceptions de la surprotection et celles de problèmes dans la communication avec leurs pères (voir tableau 8).

Perceptions des adolescents envers leur mère

Comme l'indique le tableau 8, les perceptions des adolescents à l'égard des soins prodigués par leur mère sont forte corrélation positive avec leurs perceptions de l'ouverture dans la communication avec celles-ci. Leurs percep-

Tableau 8

Corrélations entre les dimensions "soins" et "surprotection" de la variable soutien parental et les dimensions "ouverture" et "problèmes" de la variable communication (N = 98)

Dimensions des variables	Ouv. a.-p.	Prob. a.-p.	Ouv. a.-m.	Prob. a.-m.	Ouv. p.-a.	Prob. p.-a.	Ouv. m.-a.	Prob. m.-a.
Soins ado.-père	.85	-.67						
Surp. ado.-père	-.67	.63						
Soins ado.-mère			.85	-.65				
Surp. ado.-mère			-.51	.53				
Soins père-ado.					.71	-.63		
Surp. père-ado.					-.20 ^a	.31 ^b		
Soins mère-ado.							.72	-.65
Surp. mère-ado.							-.26 ^b	.46

Note. Les $r > .32$ en valeur absolue sont significatives à $p < .001$.

^a non significatif; $p > .05$

^b $p < .01$.

tions des soins et de problèmes ou blocages dans la communication avec leur mère sont quant à elles en forte corrélation négative et ce, de façon significative.

Quant aux perceptions des adolescents à l'égard de la surprotection et de

l'ouverture dans la communication avec leur mère, il y a de façon significative une corrélation négative moyenne entre ces deux variables. De même, il existe une corrélation positive moyenne entre leurs perceptions de la surprotection et celles de blocages dans la communication avec leur mère et ce, significativement (voir tableau 8).

Perceptions des pères envers leurs adolescents

Comme l'indiquent les résultats du tableau 8, les perceptions des pères à l'égard des soins qu'ils prodiguent à leurs adolescents sont en forte corrélation positive avec leurs perceptions de l'ouverture dans la communication avec ceux-ci. Leurs perceptions des soins et de problèmes ou blocages dans la communication avec leurs adolescents présentent une forte corrélation négative.

Il n'y a pas de corrélation entre les perceptions des pères à l'égard de la surprotection et de l'ouverture dans la communication avec leurs adolescents. Quant à leurs perceptions de la surprotection et celles de problèmes ou blocages dans la communication avec leurs adolescents, il existe une faible corrélation positive entre ces variables (voir tableau 8).

Perceptions des mères envers leurs adolescents

Comme l'indique le tableau 8, les perceptions des mères à l'égard des soins qu'elles prodiguent à leurs adolescents sont en forte corrélation positive avec

leurs perceptions de l'ouverture dans la communication avec ceux-ci. Leurs perceptions des soins sont, quant à elles, en forte corrélation négative avec leurs perceptions de problèmes dans la communication avec leurs adolescents et ce, de façon significative.

En ce qui a trait aux perceptions des mères quant à la surprotection et à l'ouverture dans la communication avec leurs adolescents, il y a une faible corrélation négative, mais significative, entre ces deux variables. De même, il existe une corrélation moyenne positive et significative entre leurs perceptions de la surprotection et celles de problèmes ou blocages dans la communication avec leurs adolescents (voir tableau 8).

Chapitre 4

Discussion

Selon les écrits scientifiques, les relations parents-adolescents sont souvent empreintes de désaccords, de paradoxes, et perçues plus négativement par les adolescents que par leurs parents (Barnes et Olson, 1985; Braconnier et Marcelli, 1988; Claes, 1983; Cloutier et Groleau, 1988; Noller et Callan, 1991; Smetana et al., 1991). Or, l'influence du cadre familial et la présence de divers problèmes familiaux ont été identifiés comme pouvant conduire l'adolescent à des idéations et conduites suicidaires (Chabrol, 1984; Farid, 1988; Pronovost et al., 1990; Teicher, 1970, 1975; Tishler et al., 1981).

Faisant référence à ces données et aux différentes études mettant en évidence des variables familiales associées au suicide, notre question générale de recherche voulait vérifier "s'il existe des différences significatives entre les perceptions des familles d'adolescents suicidaires et les familles d'adolescents non suicidaires à l'égard de la communication et du soutien parental". Puisque notre collecte de données s'adressait autant aux adolescents qu'à leurs parents, nous souhaitons que la comparaison des perceptions parents-adolescents amène des résultats qui iraient au-delà des recherches antérieures. Par

le fait même, nous souhaitons dégager de nouvelles pistes d'intervention auprès des familles d'adolescents suicidaires.

Les résultats de notre étude ont confirmé la plupart de nos attentes puisqu'effectivement, ils démontrent qu'il existe des différences significatives entre les perceptions des familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires, et ce, pour la majorité de nos hypothèses quant au soutien parental et à la communication parents-adolescent.

Nos tableaux de résultats semble révéler certains écarts entre les cotes obtenus par les pères et par les mères comparés à l'intérieur de chaque famille. Ainsi, dans les deux groupes d'adolescents, on peut noter un score de "soins" plus élevé pour les mères que pour les pères. Quant à celui de la "sur-protection", chez les adolescents non suicidaires, il est plus élevé pour les pères, mais il est à peu près le même pour les deux parents chez les adolescents suicidaires. Dans les deux groupes d'adolescents, le score "d'ouverture" dans la communication est plus faible pour les pères que pour les mères. Par contre, on peut noter un score de "problèmes" dans la communication plus élevé pour les pères que pour les mères chez les adolescents suicidaires, comparativement aux adolescents non suicidaires chez lesquels ce score est à peu près le même pour les deux parents. Il pourrait donc s'avérer que les pères soient perçus plus négativement que les mères par leurs adolescents. Ceci irait

dans le sens de certaines études qui ont démontré que les adolescents perçoivent leur père de façon plus négative que leur mère dans les relations familiales, et ce, autant en regard du soutien parental (Parker et al., 1979; Tousignant et al., 1988, 1990) qu'en regard de la communication parents-adolescent (Cloutier et Groleau, 1988; Miller et al., 1992). Cependant, nos méthodes d'analyse ne nous permettaient pas de comparer les perceptions que les adolescents avaient de leur père et de leur mère en regard de ces deux variables et de mesurer le niveau de signification de ces différences. Ces analyses pourraient donc faire l'objet d'une étude ultérieure.

Nos hypothèses concernant le soutien parental proposaient que les perceptions de cette variable familiale distinguent significativement les deux types de familles, en ce sens que les familles d'adolescents suicidaires percevraient le soutien parental plus négativement que les familles d'adolescents non suicidaires. Les résultats vont dans le sens de nos hypothèses. En effet, pour ce qui est de la dimension "soins" du soutien parental, les adolescents suicidaires perçoivent recevoir moins de soins de leurs parents que les adolescents non suicidaires. Ces résultats rejoignent ceux de Tousignant et al. (1988, 1990) puisque les adolescents suicidaires de leurs études ont perçu plus de carences que les non suicidaires quant aux soins prodigués par leurs parents.

Tout comme leurs enfants, nos résultats indiquent que les mères d'adoles-

cents suicidaires se perçoivent comme prodiguant moins de soins que les mères d'adolescents non suicidaires. Cependant, aucune différence significative n'a été trouvée entre les perceptions des pères d'adolescents suicidaires et non suicidaires à l'égard des soins qu'ils ont dit prodiguer à leurs fils ou à leurs filles. Nous pourrions expliquer cette observation par le fait que les pères d'adolescents suicidaires se sont surestimés étant donné une certaine désirabilité sociale. Par contre, il est plausible de penser que les pères nient ou n'apparaissent aucunement conscients des lacunes relatives aux soins et au soutien à donner à leurs adolescents. D'ailleurs, ces derniers ont eux-mêmes une perception négative de cette variable quand il s'agit de leurs pères, ce qui traduit qu'à leurs yeux, leurs besoins affectifs sont insuffisamment comblés.

Cela nous amène déjà à nous questionner sur le dialogue parents-adolescents. Les adolescents et leurs parents parlent-ils ensemble de ce qui ne va pas, de leurs besoins, etc.? Comment un père peut-il développer la perception que son enfant manque de soins, d'attention, et que son attitude via le soutien parental laisse à désirer s'il ne lui porte aucun ou très peu d'intérêt et s'ils n'en discutent jamais réellement ensemble? Si les parents, et dans ce cas précis, le père, n'a pas su développer des attitudes de communication adéquate et qu'il ne connaît pas les vrais besoins affectifs de son enfant, il va se distancer affectivement; il peut même réagir à toute demande ou à toute attitude défen-

sive de son enfant en mettant plus de règles et de contrôle; il peut aussi se cantonner dans son rôle de pourvoyeur de biens matériels. À l'opposé, si le père n'investit aucunement dans son rôle de parent, s'il ne met aucune règle, s'il n'est jamais disponible ou attentif à son jeune, cela peut amener la dépression et moins de processus d'identification chez ce dernier. Il apparaît donc compréhensible que le père soit perçu négativement par son adolescent puisque celui-ci n'est pas au fait de ce que son jeune vit et ressent, et puisqu'il ne lui procure pas une présence affective soutenante.

D'ailleurs, une recherche de Tousignant et al. (1993) indique que les relations négatives du père avec les enfants jouent un rôle très important dans les comportements suicidaires des adolescents et cette influence dure jusqu'à ce qu'ils soient jeunes adultes. De plus, les "soins" du père ont des effets plus grands et plus forts que ceux de la mère en ce qui a trait aux changements de valeurs. Une relation satisfaisante et empreinte d'affectivité avec le père s'avère donc primordiale pour l'équilibre psychologique de l'adolescent, et ce, beaucoup plus qu'avec la mère, dont l'attitude maternelle favorise un contact affectif plus sécurisant.

Pour ce qui est la dimension "surprotection" du soutien parental, les pères d'adolescents suicidaires se distinguent des pères d'adolescents non suicidaires en se décrivant plus surprotecteurs alors qu'il n'y a aucune différence signifi-

cative entre les perceptions des mères des deux groupes. Les adolescents suicidaires, quant à eux, ont indiqué percevoir leur père et leur mère comme étant davantage surprotecteurs que ce que perçoivent les adolescents non suicidaires de leurs parents. Par contre, alors que la surprotection des pères et des mères est perçue de façon presque identique par les adolescents suicidaires, les pères sont perçus davantage surprotecteurs que les mères chez les adolescents non suicidaires.

Il est intéressant de se demander si pour l'adolescent suicidaire, la surprotection parentale est vécue comme l'imposition d'une discipline, d'un contrôle sans affection. Si tel est le cas, le jeune suicidaire ne peut que vivre la surprotection de façon négative puisque l'adolescent n'aime pas qu'on utilise un contrôle rigide et sans affectivité sur ce qu'il fait. Plusieurs questions se posent: De quelle façon parents et adolescents suicidaires perçoivent-ils la surprotection? Chez les familles d'adolescents non suicidaires, la surprotection est-elle vue différemment? Comment voit-on l'éducation en fait, quand on est parent ou adolescent? La réponse pourrait révéler certaines sources ou causes de conflits parents-adolescent, ce qui pourrait faire l'objet d'études ultérieures.

Nos hypothèses concernant la communication sont également confirmées. Elles stipulaient que les membres des familles d'adolescents suicidaires avaient des perceptions plus négatives de la communication parents-adolescents que

les familles d'adolescents non suicidaires. Ainsi, les adolescents suicidaires ont indiqué percevoir moins d'ouverture et plus de problèmes ou blocages dans la communication parents-adolescents que les adolescents non suicidaires. Dans une étude de Miller et al. (1992), ces résultats concernant une mauvaise communication parents-adolescent chez les adolescents suicidaires sont rapportés et ce, beaucoup plus avec leurs pères qu'avec leurs mères.

Nos résultats démontrent que les pères et les mères d'adolescents suicidaires ont significativement perçu moins d'ouverture et plus de problèmes ou blocages dans la communication parents-adolescent que les parents du groupe contrôle. Par contre, il est intéressant de constater que les parents des deux groupes ont rapporté significativement plus de satisfaction à l'égard de la communication que leurs adolescents et ce, même si les parents des adolescents suicidaires ont une perception de leur communication significativement plus négative que les parents du groupe contrôle. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Cloutier et Groleau (1988) qui rapportent qu'au contraire des adolescents "normaux" de leur étude, chacun de leurs parents ont rapporté significativement plus de satisfaction à l'égard de la communication.

Nos résultats confirment donc la majorité de nos hypothèses à l'effet qu'il y a des différences significatives entre les familles d'adolescents suicidaires et

non suicidaires et qu'en effet, des carences aux niveaux du soutien parental et de la communication parents-adolescent sont perçues significativement plus souvent dans les familles d'adolescents suicidaires.

La recension de la documentation scientifique et par la suite, la formulation de nos hypothèses, nous ont permis d'inférer qu'il y a un écart entre les perceptions des adolescents et celles de leurs parents. Or, puisqu'il nous étaient possible de comparer les perceptions parents-adolescents, nous avons voulu, dans un deuxième temps, vérifier de façon exploratoire si l'écart existant entre ces perceptions de la communication et du soutien parental diffère de façon significative dans les deux types de familles.

La comparaison des familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires révèle que les parents des deux groupes se décrivent comme prodiguant plus de soins que ce que leurs adolescents perçoivent d'eux. L'écart entre les perceptions parents-adolescent est par contre significativement beaucoup plus grand dans les familles d'adolescents suicidaires que dans les familles d'adolescents non suicidaires. Par ailleurs, les pères des deux groupes se perçoivent moins surprotecteurs que ce qu'ont rapporté leurs adolescents. Par contre, les adolescents suicidaires perçoivent leurs mères plus surprotectrices que ce qu'elles rapportent elles-mêmes et chez les adolescents non suicidaires, ce sont les mères qui se décrivent plus surprotectrices. L'écart entre les percep-

tions des adolescents suicidaires et celles de leurs parents est significativement plus grand dans les familles d'adolescents suicidaires que dans les familles d'adolescents non suicidaires.

Bien que les adolescents donnent un score de problèmes de communication plus grand que celui des parents, de façon globale, nos résultats laissent voir qu'il n'y a aucune différence significative entre les familles d'adolescents suicidaires et les familles d'adolescents non suicidaires en ce qui concerne l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leurs parents à l'égard de problèmes dans la communication parents-adolescent. Par contre, c'est surtout dans les familles d'adolescents suicidaires que l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leur père est plus grand, les pères des deux groupes ayant perçu plus d'ouverture que leurs enfants dans la communication.

Pour des auteurs comme Claes (1983) et Smetana et al. (1991), les désaccords entre parents et adolescents apparaissent être "un aspect normal et adaptatif" de la période adolescente. Selon Noller et Callan (1986), les différences perceptuelles parents-adolescent sont quant à elles le résultat soit du besoin des parents de présenter leur famille sous un bon jour, soit le besoin de l'adolescent de développer une identité séparée et de se distancer de ses parents.

Selon nous, le fait qu'il y ait des écarts entre les perceptions des adolescents et celles de leurs parents, dans les deux types de familles, dénote une réalité propre à l'adolescence. En effet, nous croyons fortement que l'adolescence est une période où les tensions, paradoxes et désaccords avec les parents sont fréquents puisqu'il est essentiel pour le jeune de se différencier d'eux s'il veut développer son identité et son autonomie. De plus, même si l'adolescent semble agir de façon à ce qu'on le laisse à lui-même, à ce qu'on ne lui accorde plus l'affectivité à laquelle il a droit ou encore s'il agit de façon à ce qu'on ne le comprenne pas ou mal, ses attitudes extrémistes reflètent un besoin d'autonomie ou de liberté "surveillée". Par contre, bien qu'une certaine désirabilité sociale pourrait expliquer les réponses des parents et surtout des pères, nous croyons, comme l'ont exprimé Cloutier et Groleau (1988) concernant la communication, que la perception des parents à l'effet que "tout va bien" avec leur jeune ne va pas dans le sens d'une remise en question relationnelle et ce, surtout chez les familles d'adolescents suicidaires où des carences dans la communication et le soutien parental sont perçues et vécues par les jeunes. De plus, nous pensons que ce pourrait être de l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leurs parents à l'égard de la communication ou du soutien parental que proviennent les conflits parents-adolescent. En effet, il apparaît, selon nous, que cet écart témoigne d'un vécu émotif insatisfait pour l'adolescent, et pour le parent, d'une évaluation inadéquate du vécu

affectif de leur jeune. De cette relation déficiente où il y a des lacunes au niveau du dialogue et une négligence affective parentale certaine, il ne peut résulter que divers conflits plus ou moins graves. Malheureusement, chez certains adolescents, il s'en suit également un sentiment de vide affectif tel, que le désir de mort devient une porte de sortie contre le désespoir et l'absence du sentiment d'être une personne qui compte vraiment.

Or, le fait que les écarts de perceptions entre les adolescents et leurs parents soient plus grands chez les adolescents suicidaires que chez les adolescents non suicidaires est important. Cela témoigne, selon nous, de lacunes plus grandes, dans les familles d'adolescents suicidaires, au niveau des caractéristiques familiales comme le soutien parental et la communication. Ceci va d'ailleurs dans le sens des écrits scientifiques où l'on a remarqué, dans les familles d'adolescents suicidaires, la présence de nombreux conflits familiaux (Corder et al., 1974; Farid, 1988; Garfinkel, 1986; McKenry et al., 1980, 1982; Spirito et al., 1989; Teicher, 1970, 1975); un environnement familial perturbé, instable et chaotique, ou il manque de structure et cela, indépendamment de l'expérience d'une séparation (Adam et al., 1982; Chabrol, 1984; Cloutier, 1982; Davidson et Choquet, 1981; Tishler et al., 1981); un soutien inadéquat ou inexistant, moins d'empathie, d'investissement et de présence affective chaleureuse (Asarnow et Carlson, 1988; Chabrol, 1984; Ladame, 1981; Miller et

al., 1992; Tyerman et Humphrey, 1983; Wright, 1985); l'absence ou un faible niveau de communication réelle et de liens émotionnels véritables avec leur famille (Chabrol, 1984; Farid, 1988; Teicher, 1970, 1975; Wenz, 1979).

Evidemment, nous ne pouvons pas minimiser le fait que l'adolescent suicidaire ait des affects dépressifs pouvant influencer son évaluation de la réalité et dans ce cas-ci, sa relation avec ses parents, d'où peut-être les écart plus grands entre les perceptions des adolescents "suicidaires" et leurs parents. Le fait d'avoir des distorsions cognitives et une dynamique de personnalité suicidaire, donc en souffrance, le rendent vulnérable à l'attachement. L'adolescent peut alors ressentir des manques affectifs importants, malgré que ce ne soit pas le cas, ou mal interpréter toute distance relationnelle si faible ou passagère soit-elle. Par contre, les parents plus ou moins négligeants affectivement se mettent à distance émotionnellement et physiquement et la perception du jeune se trouve à être réelle et ce, même si en apparence les parents semblent tout à fait supportants affectivement. Cependant, malgré l'influence que pourraient avoir les affects dépressifs des adolescents sur leurs perceptions des relations avec leurs parents, nous pensons qu'il existe réellement de grandes lacunes au niveau de certaines caractéristiques familiales et que cela joue un rôle déterminant dans l'étiologie des conduites suicidaires à l'adolescence.

Notre deuxième question exploratoire voulait vérifier s'il existait une relation

entre les variables à l'étude. Les résultats de notre étude font en effet ressortir la présence d'une relation entre le soutien parental et la communication. En effet, que les répondants soient les adolescents ou les parents des deux types de familles, plus leurs perceptions des soins sont élevées, plus leurs perceptions de l'ouverture dans la communication s'avèrent elles aussi élevées et plus les problèmes ou blocages dans la communication s'avèrent faibles.

De même, plus les perceptions des adolescents ou de leurs mères à l'égard de la surprotection sont élevées, plus leurs perceptions de l'ouverture dans la communication sont faibles et plus leurs perceptions de problèmes ou blocages dans la communication sont élevées. Chez les pères, plus leurs perceptions de la surprotection sont élevées, plus ils perçoivent les problèmes de communication comme élevées. Par contre, leurs perceptions de la dimension "surprotection" du soutien parental n'est pas en relation avec la dimension "ouverture" de la communication. Comment expliquer qu'il n'y ait pas de relation entre ces deux dimensions seulement chez les pères? Soit que c'est encore l'effet de leur mauvaise évaluation de la réalité relationnelle père-adolescent, soit que la surprotection est vue différemment, peut-être plus positivement, par ceux-ci.

A ce stade ci, l'existence d'une relation entre le soutien parental et la communication ne nous surprend guère. Généralement, à chaque fois que parents ou adolescents se disent satisfaits du soutien parental, ils le sont de la commu-

nication et lorsqu'ils perçoivent des lacunes au niveau du soutien parental, ils en perçoivent au niveau de la communication ou vice versa. Nous pensons que cette relation entre les deux variables vient du fait qu'à la base de toute relation, il y a la communication. Comment peut-on être au fait des besoins et sentiments de notre enfant si nous ne lui demandons pas, si nous ne communiquons pas adéquatement, c'est-à-dire sans écoute, présence et empathie et si notre enfant, de peur de ne pas être compris, reste silencieux. Lorsque la communication est défectueuse, il s'en suit une absence affective et physique que les adolescents ressentent plus ou moins fortement comme un abandon ou un manque d'amour. Les adolescents suicidaires ressentent cette déficience au niveau de la communication. Leur état d'âme et leurs conduites suicidaires sont un moyen de communiquer ce qu'ils n'ont pas su dire ou qu'ils n'ont pas pu exprimer librement. Ils appellent à l'aide. Ils nous disent: "Ecoutes-moi, j'ai mal, j'ai besoin..., aide-moi et aime-moi".

Samy (1989) stipule que face au stress, certaines familles réagissent en minimisant la portée du conflit et en repoussant le rétablissement de la communication familiale. La famille chercherait de cette façon à ignorer l'existence d'un problème, alors qu'elle aurait dû transmettre l'inquiétude ou la désapprobation appropriée dans ces situations. Certaines familles ne savent donc pas comment régler les conflits, trouver des solutions, et malheureusement, elles ne

semblent pas se rendre compte des lacunes de leurs relations. La communication doit être ouverte et assistée car les adolescents veulent des solutions à leurs besoins et à leurs difficultés. Or, les parents d'adolescents suicidaires de notre étude, et surtout les pères, ne semblent pas se rendre compte que leur soutien parental et la communication parents-adolescent sont déficients. Si les parents ne sont pas "portés sur la communication", c'est probablement qu'eux aussi, ont mal appris à communiquer. C'est ainsi que le fossé entre les deux générations se creuse et que les conflits surviennent. C'est ainsi que certains adolescents, chez qui le manque d'investissement affectif et physique de la part du ou des parents a conduit à la dépression, deviennent suicidaires et passent à l'acte.

Conclusion

Le principal objectif de cette recherche était de comparer et d'analyser les perceptions qu'ont les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires à l'égard de la communication et du soutien parental. De façon plus spécifique, notre objectif était d'acquérir de nouvelles connaissances sur le fonctionnement des familles d'adolescents suicidaires cela, afin de dégager des outils et des méthodes d'intervention plus appropriés.

Nos principaux résultats indiquent que les familles d'adolescents suicidaires se distinguent significativement des familles d'adolescents non suicidaires. En effet, les adolescents suicidaires perçoivent plus négativement le soutien parental et la communication avec leurs deux parents que les adolescents non suicidaires. Comparativement aux pères d'adolescents non suicidaires, les pères d'adolescents suicidaires se perçoivent comme étant plus surprotecteurs, mais ils ne se décrivent pas comme prodiguant moins de soins. Les mères d'adolescents suicidaires elles, se perçoivent comme prodiguant moins de soins que les mères d'adolescents non suicidaires, mais elles ne se perçoivent pas plus surprotectrices. Enfin, les parents d'adolescents suicidaires perçoivent la communication plus négativement que les parents d'adolescents non suicidaires.

Pour ce qui est des questions exploratoires, les résultats indiquent que

l'écart entre les perceptions des adolescents et de leurs parents à l'égard du soutien parental est plus grand dans les familles d'adolescents suicidaires. Cependant, l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leurs parents à l'égard de la communication n'est pas significativement plus grand dans les familles d'adolescents suicidaires que dans les familles d'adolescents non suicidaires, sauf en ce qui a trait à la dimension "ouverture" où la différence de perceptions père-adolescent est plus grande dans les familles d'adolescents suicidaires.

Finalement, les résultats démontrent qu'il existe une corrélation entre le soutien parental et la communication parents-adolescent, que les répondants soient les adolescents ou les parents. Par contre, il n'y a pas de relation entre la dimension "surprotection" du soutien parental et la dimension "ouverture" de la communication lorsque les pères sont les répondants.

Notre population expérimentale provenant de la population générale, et non clinique, nos résultats démontrent à quel point il est important de dépister et d'intervenir tôt auprès de ces jeunes, c'est-à-dire avant la détérioration de leurs conduites et de leur "être". Etant donné que les adolescents suicidaires sont des personnes très isolées affectivement, et vue l'ampleur du phénomène, nous pensons qu'il serait nécessaire de donner une formation de base sur le suicide aux professeurs, au personnel non enseignant et aux étudiants, qui

peuvent devenir des aidants naturels. Nous pensons que déceler le "mal de vivre" en milieu scolaire serait un atout sérieux, tout comme la mise en branle de projets préventifs et éducatifs. La création de groupes d'adolescents, parce qu'ils ont le même âge, les mêmes difficultés, les mêmes buts ou le même désir de vivre, constitueraient également une piste d'intervention préventive.

La problématique suicidaire s'ouvre sur l'intervention familiale. En effet, nous pensons que l'intervention auprès des familles d'adolescents suicidaires doit être privilégiée ce, parce qu'en plus d'apporter une aide psychologique à l'adolescent et tenter de diminuer son potentiel suicidaire, elle offre un soutien à la famille. Dans ce sens, ce type d'intervention pourrait être axé sur l'amélioration du soutien parental à l'adolescent et le développement des habiletés de communication positives au sein de la famille, telles l'écoute active, l'empathie, l'expression des émotions, des besoins et des conflits. De même, les parents pourraient être supportés autant au niveau de leurs besoins individuels que dans l'accomplissement de leurs tâches parentales. Puisque les pères ignorent souvent ce que vivent ou ressentent leurs jeunes, nous devons faire en sorte que les parents, les pères surtout, en viennent à prendre en considération la déficience de leur soutien parental et de la communication parents-adolescent. Le mouvement des pères vers leurs jeunes doit être encouragé et ceux-ci doivent être amenés à s'investir dans la thérapie. Cependant, cette interaction

père-adolescent(e) doit aussi être stimulée chez les jeunes, car eux-aussi ont à faire des efforts dans l'amélioration de leurs rapports avec leur père.

Nos tableaux de résultats laissent entrevoir des différences entre les perceptions que les adolescents ont de leur père et celles qu'ils ont de leur mère, et ceci dans les deux types de familles. Une suite intéressante à donner à cette étude serait de vérifier si les différences sont significatives et si elles sont en relation avec la variable "risque suicidaire".

Une autre piste d'investigation serait d'effectuer les comparaisons en fonction du type de famille, c'est-à-dire en vérifiant les écarts de perceptions selon que les adolescents appartiennent à une famille biparentale ou monoparentale. Dans les familles monoparentales, les adolescents vivent majoritairement avec leur mère; ceci rend d'autant plus intéressant le fait d'aller comparer comment l'adolescent perçoit ses relations avec son père et sa mère.

Notre étude se limitait à comparer des familles d'adolescents suicidaires avec des familles d'adolescents non suicidaires. Il pourrait être intéressant, dans une recherche ultérieure, d'inclure des groupes témoins ayant d'autres problématiques (problèmes de comportement, problèmes psychiatriques...), cela, afin de vérifier si les résultats de cette recherche particularise la problématique suicidaire.

Références

- Adam, K.S., Bouckhoms, A., & Streiner, D. (1982). Parental loss and family stability in attempted suicide. Archives of General Psychiatry, 39, 1081-1085.
- Albers, L.J., Doane, J.A., & Mintz, J. (1986). Social competence and family environment: 15 year follow-up of disturbed adolescents. Family Process, 25, 379-389.
- Asarnow, J.R., & Carlson, G. (1988). Suicide attempts in preadolescent child psychiatry inpatients. Suicide and life-threatening behavior, 18(2), 129-136.
- Barnes, H.L., & Olson, D.H. (1982). Parent-adolescent communication scale. In Olson, D.H. & al., Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle (pp. 33-48). St-Paul: Family Social Science, University of Minnesota.
- Barnes, H.L., & Olson, D.H. (1985). Parent-adolescent communication and the circumplex model. Child development, 56, 438-447.
- Biennu, M.J. (1969). Measurement of parent-adolescent communication. Family coordinator, 18, 117-121.
- Boukris, S., & Donval, E. (1990). L'adolescence l'âge des tempêtes. Paris: Editions Hachette.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (1988). L'adolescence aux milles visages. Paris: Editions Universitaires.
- Brooksbank, D.J. (1985). Suicide and parasuicide in childhood and early adolescence. British journal of psychiatry, 146, 459-463.
- Bureau de la Statistique du Canada. (1988). Causes de décès, la statistique de l'état civil 1986. Ottawa: Statistique Canada.
- Bureau de la Statistique du Canada. (1993). Causes de décès, la statistique de l'état civil 1991. Ottawa: Statistique Canada.

- Bureau de la Statistique du Canada. (1994). Causes de décès, la statistique de l'état civil 1992. Ottawa: Statistique Canada.
- Bureau de la Statistique du Québec. (1988). La situation démographique du Québec. Québec: Bureau de la statistique, Les publications du Québec.
- Bureau de la Statistique du Québec. (1991). La situation démographique du Québec. Québec: Bureau de la statistique, Les publications du Québec.
- Bureau de la Statistique du Québec. (1993). La situation démographique du Québec. Québec: Bureau de la statistique, Les publications du Québec.
- Bureau de la Statistique du Québec. (1994). La situation démographique du Québec. Québec: Bureau de la statistique, Les publications du Québec.
- Buri, J.R., Kirchner, P.A., & Walsh, J.M. (1987). Familial correlates of self-esteem in young American adults. Journal of social psychology, 127(6), 583-588.
- Chabrol, H. (1984). Les comportements suicidaires de l'adolescent. Paris: PUF.
- Charron, M.F. (1981). Le suicide au Québec, analyse statistique. Québec: Services des études épidémiologiques du Ministère des Affaires Sociales.
- Claes, M. (1983). L'expérience adolescente. Bruxelles: Pierre Margada.
- Cloutier, R. (1982). Psychologie de l'adolescence. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- Cloutier, R., & Groleau, G. (1987). La communication parents-adolescent. Interface, mai-juin, 27-30.
- Cloutier, R., & Groleau, G. (1988). Responsabilisation et communication: les clés de l'adolescence. Santé mentale au Québec, 13 (2), 59-68.
- Corbeil, S.C. (1984). Suicide et adolescence. In P. Morissette, Le suicide, démythification, intervention et prévention (pp. 272-306). Québec: Garotex.
- Cordeiro, J-C. (1975). L'adolescent et sa famille. Toulouse: Privat.

- Corder, B.F., Shorr, W., & Corder, R.F. (1974). A study of social and psychological characteristics of adolescent suicide attempters in a urban, disadvantaged area. Adolescence, 9, 1-16.
- Cull, J.G., & Gill, W.S. (1982). Suicide Probability Scale. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Davidson, F., & Choquet, M. (1981). Le suicide de l'adolescent: étude épidémiologique. Paris: ESF.
- Davidson, F., & Philippe, A. (1986). Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui, Étude épidémiologique. Nancy: Les Editions INSERM, Doin.
- Duvall, E.M. (1967). Family development. New York: J.B. Lippincott.
- Emond, A., Guyon, L., Camirand, T., Shenard, L., Pineault, R., & Robitaille, Y. (1988). Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec, vol. 1. Québec: Les Publications du Québec.
- Erikson, E. (1965). Childhood and society. Harmondsworth: Penguin.
- Farid, H. (1988). Parents-adolescents communication couples-Comment mieux comprendre. Montréal: Agence d'Arc inc.
- Garfinkel, B.D. (1986). Major affective disorders in children and adolescents. In G. Winokur & P. Clayton (Eds.), The medical basis of psychiatry (pp.308-330). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Garfinkel, B.D., Froese, A., & Hood, J. (1982). Suicide attempts in children and adolescents. American journal of psychiatry, 139, 1257-1261.
- Garfinkel, B.D., & Golombek, G.H. (1983). Suicidal behavior in adolescence. In B.D. Garfinkel & G.H. Golombek, The adolescent and mood disturbance (pp. 189-217). International University Press.
- Gecas, V., & Schwalbe, M.L. (1986). Parental behavior and adolescent self-esteem. Journal of Marriage and the Family, 48, 37-46.

- Grégoire, J.C., Phaneuf -Perron, L., Robitaille, M., & Juneau, M. (1979). Le suicide chez les jeunes adultes de 15 à 30 ans: revue de la littérature. Rapport final. Montréal: Université de Montréal.
- Hill, J.P., Holmbeck, G.N., Marlow, L., Green, T.M., & Lynch, M.E. (1985a). Pubertal status and parent-child relations in families of seventh grade boys. Journal of Early Adolescence, 5(1), 31-44.
- Hill, J.P., Holmbeck, G.N., Marlow, L., Green, T.M., & Lynch, M.E. (1985b). Menarcheal status and parent-child relations in families of seventh grade girls. Journal of youth and adolescence, 14, 301-316.
- Hoffman, L., & Manis, J. (1978). Influences of children on marital interaction and parental satisfaction and dissatisfaction. In R.M. Lerner & G.B. Spanier (Eds), Child influences on marital and family interaction. New York: Academic Press.
- Khan, A.U. (1987). Heterogeneity of suicidal adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26(1), 92-96.
- Ladame, F. (1981). Les tentatives de suicides des adolescents. Paris: Masson.
- L'Écuyer, R. (1978). Le concept de soi. Paris: PUF.
- Margolin, N.L., & Teicher, J.D. (1968). Thirteen adolescent male suicide attempts. Journal of American Academy of Child Psychiatry, 7, 296-315.
- McIntire, M.S., & Angle, C.R. (1973). Psychological "biopsy" in self-poisoning of children and adolescents. American Journal of disturbed children, 126, 42-46.
- McIntire, M.S., Angle, C.R., Wikoff, R.L., & Schlicht, M.L.O. (1977). Recurrent adolescent suicidal behavior. Pediatrics, 60, 605-608.
- McKenry, P.C., Tishler, C.L., & Christman, K.L. (1980). Adolescent suicide and the classroom teacher. The journal of school health, 50 (3), 130-132.

- McKenry, P.C., Tishler, C.L., & Kelley, C. (1982). Adolescent suicide: A comparison of attempters and nonattempters in a emergency room population. Clinical pediatrics, 21 (5), 266-270.
- Miller, J. (1975). Suicide and adolescence. Adolescence, 10 (37), 11-23.
- Miller, K.E., King, C.A., Shain, B.N., & Naylor, M.W. (1992). Suicidal adolescents' perception of their family environment. Suicide and life-threatening behavior, 22(20), 226-239.
- Molin, R.S. (1986). Covert suicide and families of adolescents. Adolescence, 21(81), 177-184.
- Morissette, P. (1984). Le suicide: démystification, intervention, prévention. Québec: Garotex.
- Morval, M. (1988). Le suicide chez les jeunes. Intervention, 80, 49-54.
- Noller, P., & Callan, V.J. (1986). Adolescent and parent perceptions of family cohesion and adaptability. Journal of Adolescence, 9, 97-106.
- Noller, P., & Callan, V.J. (1991). The adolescent in the family. London: Ed. Routledge.
- Northcutt, C. (1988). Interaction patterns in families with suicidal and non-suicidal adolescents. California school of professional psychology. Berkeley, Alameda.
- Offer, D. (1969). The psychological world of the teenager. New York: Basic Books.
- Olson, D.H., McCubbin, H.I., Barnes, H.L., Larsen, A., Muxen, M.J., & Wilson, M. (1983). Families: what makes them work. Beverly Hills, CA.: Sage.
- Orbach, I. (1986). The insolvable problem as a determinant in the dynamics of suicidal behavior in children. American Journal of Psychotherapy, 40(4), 511-520.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, B. (1979). A Parental Bonding Instrument. British Journal of Medical Psychology, 52, 1-10.

- Pearlin, L., & Lieberman, M. (1979). Sources of emotional distress. Community mental health, 1, 217-248.
- Peck, M.L. (1981). The loner: an exploration of suicidal subtype in adolescence. In S.C. Feirstein, A.Z. Schartzbery, & A.D. Sorosky (Eds), Adolescent psychiatry: Development and clinical studies, 9, (pp. 461-466). Chicago: University of Chicago Press.
- Pelsser, R. (1989). Le suicide et le meurtre. Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (pp.249-274). Boucherville, Québec: Gaëtan Morin.
- Peterson, J.L., & Zill, N. (1986). Marital disruption, parent-child relationships, and behavior problems in children. Journal of Marriage and the family, 48, 235-240.
- Petzel, S.V., & Riddle, M. (1981). Adolescent suicide: psychosocial and cognitive aspects. Adolescent psychiatry, 9, 343-398.
- Pfeffer, C.R. (1981). The family system of suicidal children. American Journal of Psychotherapy, 35, 330-341.
- Pfeffer, C.R., Zukerman, S., Plutchik, R. Mizruchi, M.S. (1984). Suicidal behavior in normal school children: a comparaison with child psychiatric inpatients. Journal of academy of child psychiatry, 23(4), 416-423.
- Pronovost, J., Côté, L., & Ross, C. (1990). Etudes épidémiologiques des comportements suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire. Santé mentale au Canada, 38, 10-16.
- Pronovost, J., Rousseau, J., & Gagnon, G. (1991). L'adolescent suicidaire et sa famille: problématique et intervention. Une recension des écrits. Document inédit. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Richman, J. (1971). Family determinants of suicidal potential. In D.B. Anderson & L.J. McLean (Eds), Identifying suicidal potential, (pp.33-54). NewYork: Behavior Publications.
- Richman, J. (1979). The family therapy of attempted suicide. Family process, 18, 131-142.

- Robin, A.L., & Foster, S.L. (1989). Negotiating parent-adolescent conflict. A behavioral family systems approach. New York: The guildford press.
- Rosenbaum, M., & Richman, J. (1970). Suicide: The role of hostility and death wishes from the family and signifiant others. American Journal of Psychiatry, 126, 1652-1655.
- Rosenkrantz, A.L. (1978). A note on adolescent suicide: incidence, dynamics and some suggestions for treatment. Adolescence, 13(50), 209-214.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O.F., & Yule, W. (1976). Adolescent turmoil: fact or fiction? Journal of child psychology and psychiatry, 17, 35-56.
- Sabbath, J. (1969). The suicidal adolescent-The expendable child. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 8, 272-289.
- Samy, M.H. (1989). Le syndrome de l'adolescent suicidaire: considérations cliniques. In Caglar, H., Ladame, F., Raimbault, G., & Samy M.H., Adolescence et suicide (pp. 37-57). Paris: ESF.
- Simon, R. (1990). Enquête sur les comportements et idéations suicidaires des élèves de 3^e, 4^e et 5^e secondaire de la région 02. Abrégé de recherche. Centre de prévention du suicide 02, Chicoutimi.
- Smetana, J.G., Yan, J., Restrepo, A., & Braeges, J.L. (1991). Conflict and adaptation in adolescence: adolescent-parent conflict. In M.E. Colten & S. Gores (Eds), Adolescent stress causes and consequences (pp. 43-64). New York: Aldine de Gryter.
- Spirito, A., Brown, L., Overholser, J., & Fritz, G. (1989). Attempted suicide in adolescence. A review and critique of litterature. Clinical Psychology Review, 9, 335-363.
- Stansbury, M. (1985). Comparison of adolescent perceptions of family dynamics in families with either a suicidal, emotionally disturbed/non suicidal, or nonproblematic adolescent. (Thèse de doctorat, The Ohio State University). UMI Dissertation Services, Michigan.
- Stephens, J.B. (1987). Cheap thrills and humble pie: The adolescence of female suicide attempter. Suicide and life-threatening behavior, 17(2), 107-118.

- Teicher, J.D. (1970). Children and adolescents who attempt suicide. Pediatric Clinic of North America, 17, 687-696.
- Teicher, J.D. (1975). Children who choose death. Emergency Medecine, 7, 136-142.
- Teicher, J.D. (1979). Suicide and suicide attempts. In J.D. Hoshpitz (Ed.), Basic handbook of child psychiatry, 2, (pp.685-697). New York: Basics Books.
- Tishler, C.L., McHenry, P., & Morgan, K. (1981). Adolescent suicide attempts: some signifiant factors. Suicide and life threatening behavior, 11, 86-92.
- Topol, P., & Reznikoff, M. (1982). Perceived peer and family relationships, hopelessness and locus of control as factors in adolescent suicide attempts. Suicide and life-threatening behavior, 12(3), 141-150.
- Tousignant, M., Bastien, M.F., & Hamel, S. (1993). Suicidal attempts and ideations among adolescents and young adults: the contribution of the father's and mother's care and of parental separation. Social Psychiatry Epidemiology, 28, 256-261.
- Tousignant, M., Hamel, S., & Bastien M.F. (1988). Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire. Santé mentale au Québec, 13(2), 79-93.
- Tousignant, M., Hamel, S., Bastien, M.F. (1990). Le suicide chez les jeunes. Interface, 2(3).
- Tousignant, M., Hanigan, D., & Bergeron, L. (1984). Le mal de vivre: Comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal. Santé mentale au Québec, 9, 122-133.
- Tyerman, A., & Humphrey, M. (1983). Life stress, family support and adolescent disturbance. Journal of adolescence, 6, 1-12.
- Wenz, F. (1979). Sociological correlates of alienation among adolescent suicide attempts. Adolescence, 14, 19-29.

- Wilkins, J. (1985). Le suicide et la tentative de suicide à travers l'adolescence, In Anctil, H. & al., Les suicides. Cahiers de recherches éthiques 11 (pp.19-27). Montréal: Editions Fides.
- Williams, C., & Lyons, C. (1976). Family interaction and adolescent suicidal behavior: A preliminary investigation. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 10, 243-252.
- Wright, L.S. (1985). Suicidal thoughts and their relationship to family stress and personel problems among high school seniors and college undergraduates. Adolescence, 20(79), 575-580.
- Wright, L.S., Snodgrass, G., & Emmons, J. (1984). Variables related to serious suicidal thoughts among college students. Naspa Journal, 22 (1), 57-65.
- Youniss, J., & Smollar, J. (1985). Adolescent relations with mothers, fathers and friends. Chicago: The University of Chicago Press.
- Yusin, A., Sinay, R., & Nihira, K. (1972). Adolescents in crisis: evaluation of a questionnaire. American Journal of Psychiatry, 129, 574-577.
- Zazzo, B. (1972). Psychologie différentielle de l'adolescence (2^e ed. rev. & aug.). Paris: PUF.

Appendices

Appendice A

Lettre d'introduction et de consignes remise aux adolescents
lors de la passation des instruments de mesure

INTRODUCTION

Je te demande aujourd'hui de participer à une enquête sur la vie des adolescents et la relation qu'ils ont avec leurs parents, soit avec leur père ou leur mère. Je fais cette enquête dans le cadre d'une recherche qui fait partie de mes études de 2^{ieme} cycle (maîtrise) en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette recherche a pour but de mieux comprendre la relation parents-adolescent et certains événements ou problèmes qui sont vécus à l'adolescence.

Il y a trois questionnaires à remplir, ce qui devrait te prendre environ 45 minutes. Je te demande de lire attentivement chacune des questions et d'y répondre au meilleur de ta connaissance. Si tu ne peux pas répondre à une question, passe tout simplement à la suivante. Tu pourras y revenir à la fin si tu le désires et si le temps te le permet.

Je t'assure que toutes tes réponses resteront confidentielles. Personne ne saura ce que tu as répondu, ni tes parents, ni tes amis(es), ni tes professeurs.

Les parents de quelques étudiants(es) seront invités à participer à la deuxième phase de cette recherche. Même dans ce cas, je t'assure que si tes parents sont choisis, ils n'auront pas accès à tes réponses à moins que toi-même tu en discutes avec eux par la suite.

Avant de répondre aux questionnaires, j'aimerais que tu me donnes quelques renseignements personnels qui me seront utiles pour ma recherche. Par la suite, j'aimerais que tu indiques ton code permanent sur chacun des questionnaires afin que je sois certaine que les quatre documents appartiennent bien à la même personne.

Je te remercie à l'avance de ta collaboration.

Nathalie Simard

Appendice B

Formulaire "Renseignements personnels" remis aux adolescents
lors de la passation des instruments de mesure

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1) Ton code permanent: _____

2) Ton sexe: masculin _____ féminin _____

3) Ton âge: _____ ans et _____ mois

4) Ton niveau scolaire actuel: _____

Indique par un X la situation qui correspond à la tienne.

5) Tes parents sont: mariés _____ séparés/divorcés _____ union de fait _____
veuf(ve) précise _____ célibataire _____

6) Tu habites avec:

tes deux parents _____

ta mère seulement _____

ta mère et son ami ou conjoint _____

ton père seulement _____

ton père et son amie ou conjointe _____

tes parents adoptifs _____

tes grands-parents _____

ta famille d'accueil _____

autres (pension, ami(e), seul(e), ...) précise _____

Appendice C

Lettre d'invitation aux parents à participer à notre recherche



Université du Québec à Trois-Rivières

C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, Canada / G9A 5H7
Téléphone: (819) 376-5011

Trois-Rivières, le 10 novembre 1993

Cher(s) parent(s),

Nous aimerions vous inviter à participer à une enquête sur la relation parents-adolescent, enquête effectuée dans le cadre d'une recherche qui fait partie de mes études de deuxième cycle à l'U.Q.T.R.

Cette recherche a pour but de mieux décrire et comprendre la relation parents-adolescent et certains événements ou problèmes qui sont vécus à l'adolescence. Votre adolescent(e) a déjà complété les deux questionnaires à l'école. Nous sollicitons maintenant la collaboration des deux parents ou substituts (beaux-parents, famille d'accueil, etc.) car nous aimerions savoir comment vous, comme mère ou comme père, vous vivez et percevez la relation avec votre adolescent(e) au niveau de la communication et du soutien parental. Votre participation requierrera environ 20 minutes et ce, afin de répondre aux deux questionnaires. Nous vous assurons que les informations seront traitées de façon confidentielle et pourront en tout temps être accessibles si vous désirez connaître les résultats et que la thématique vous intéresse. Votre aide serait grandement appréciée.

Si vous êtes intéressés à participer à cette étude, s.v.p. veuillez remplir les questionnaires (versions pour la mère et pour le père) et nous les retourner dans l'enveloppe ci-jointe d'ici le 20 novembre 1993.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Nathalie Simard

Étudiante maîtrise en psychologie

Jocelyne Pronovost

Directrice de recherche

Appendice D

Adaptation pour les parents de l'échelle de Communication

Parent-Adolescent (Barnes & Olson, 1982)

COMMUNICATION PARENT-ADOLESCENT

H.L. Barnes & D.H. Olson (1982)

(Version pour le père)

Adaptation: Nathalie Simard (1993)

Indiquez si la phrase vous apparaît plutôt vraie (v) ou plutôt fausse (f) quand vous communiquez avec votre adolescent(e).

N.B. L'emploi du masculin sert à alléger les énoncés (ex. Il (elle) ...).

- 1- () Il peut parler de ses idées avec moi sans se sentir contrôlé ou gêné.
- 2- () Il a parfois de la difficulté à croire tout ce que je lui dis.
- 3- () J'ai toujours du temps pour l'écouter.
- 4- () Parfois, il a peur de me demander ce qu'il veut.
- 5- () J'ai tendance à lui révéler des choses que je devrais garder pour moi.
- 6- () Je n'ai pas besoin de lui demander pour savoir comment il se sent.
- 7- () Mon adolescent(e) est très content(e) de notre façon de parler ensemble lui et moi.
- 8- () S'il avait des ennuis, il pourrait m'en parler.
- 9- () Il me démontre ouvertement de l'affection.

- 10- () Quand nous avons un problème, mon adolescent(e) et moi, souvent il décide de ne plus me parler.
- 11- () Il fait attention à ce qu'il me raconte.
- 12- () Quand il parle avec moi, il a tendance à dire des choses qu'il devrait plutôt garder pour lui.
- 13- () Quand il me pose des questions, il obtient des réponses honnêtes.
- 14- () J'essaie de comprendre son point de vue.
- 15- () Il y a des sujets qu'il évite de discuter avec moi.
- 16- () Il trouve cela facile de discuter de problèmes avec moi.
- 17- () C'est très facile pour lui de m'exprimer tous ses vrais sentiments.
- 18- () Je reprends ou fais tout le temps des remarques à mon adolescent(e).
- 19- () Quand je suis fâché contre mon adolescent(e), je peux l'insulter.
- 20- () Pour certaines choses, mon adolescent(e) ne croit pas qu'il peut me dire ce qu'il ressent vraiment.

COMMUNICATION PARENT-ADOLESCENT

H.L. Barnes & D.H. Olson (1982)

(Version pour la mère)

Adaptation: Nathalie Simard (1993)

Indiquez si la phrase vous apparaît plutôt vraie (v) ou plutôt fausse (f) quand vous communiquez avec votre adolescent(e).

N.B. L'emploi du masculin sert à alléger les énoncés (ex. Il (elle) ...).

- 1- () Il peut parler de ses idées avec moi sans se sentir contrôlé ou gêné.
- 2- () Il a parfois de la difficulté à croire tout ce que je lui dis.
- 3- () J'ai toujours du temps pour l'écouter.
- 4- () Parfois, il a peur de me demander ce qu'il veut.
- 5- () J'ai tendance à lui révéler des choses que je devrais garder pour moi.
- 6- () Je n'ai pas besoin de lui demander pour savoir comment il se sent.
- 7- () Mon adolescent(e) est très content(e) de notre façon de parler ensemble lui et moi.
- 8- () S'il avait des ennuis, il pourrait m'en parler.
- 9- () Il me démontre ouvertement de l'affection.

- 10- () Quand nous avons un problème, mon adolescent(e) et moi, souvent il décide de ne plus me parler.
- 11- () Il fait attention à ce qu'il me raconte.
- 12- () Quand il parle avec moi, il a tendance à dire des choses qu'il devrait plutôt garder pour lui.
- 13- () Quand il me pose des questions, il obtient des réponses honnêtes.
- 14- () J'essaie de comprendre son point de vue.
- 15- () Il y a des sujets qu'il évite de discuter avec moi.
- 16- () Il trouve cela facile de discuter de problèmes avec moi.
- 17- () C'est très facile pour lui de m'exprimer tous ses vrais sentiments.
- 18- () Je reprends ou fais tout le temps des remarques à mon adolescent(e).
- 19- () Quand je suis fâchée contre mon adolescent(e), je peux l'insulter.
- 20- () Pour certaines choses, mon adolescent(e) ne croit pas qu'il peut me dire ce qu'il ressent vraiment.